

## LISTA DE VERIFICARE A PROCEDURILOR CHIRURGICALE

Nr. FOCG/FSZ \_\_\_\_\_

Data completarii \_\_\_\_\_

Nume și prenume pacient \_\_\_\_\_

### A. Înaintea inducției anesteziei

Pacientul a confirmat:

- Identitatea
- Zona anatomică
- Procedura chirurgicală
- Consimțământ informat

Zona anatomică/Neaplicabil.

- Verificarea siguranței anesteziei realizate
- Pulsoximetru conectat și funcțional
- Prevenția tromboembolismului venos
- Da
- Nu

Are pacientul: O alergie cunoscută?

- Nu
- Da

Dificultate respiratorie / Risc de aspirație

- Nu.
- Da, Echipamentul/Asistența disponibile

Risc de hemoragie > 500 ml (7ml/kg la copii)

- Nu.
- Da. Acces intravenos adecvat și fluide disponibile

### B. Înaintea inciziei pielii

- Confirmați faptul că membrii echipei medicale și-au precizat numele și rolul.

Chirurgul, personalul de anestezie și asistenta confirmă verbal:

- Numele pacientului
- Zona anatomică
- Procedura chirurgicală

#### EVENTIMENTE CRITICE ANTICIPATE

Către chirurg: Care sunt etapele critice sau neașteptate, durata intervenției, sângerările anticipate?

Către echipa de anestezie: Există motive de îngrijorare referitoare la pacient?

Către echipa de asistente:

- A fost realizată sterilizarea?
- Au echipamentele medicale probleme?

A fost realizată antibioprofilaxia în ultimele 60 de minute?

- Da
- Neaplicabil

Este afișată imagistica medicală?

- Da
- Neaplicabil

### C. Înainte ca pacientul să părăsească sala de operație

Asistenta medicală confirmă verbal echipei medicale:

- Numele procedurii chirurgicale înregistrate
- Numărul instrumentelor, bureților și acelor este corect.
- Etichetarea piesei (se citește cu voce tare eticheta, inclusiv numele pacientului)
- Există probleme tehnice cu echipamentele care trebuie soluționate?
- Chirurgul, echipa de anestezie și asistenta reconfirmă principalele motive de îngrijorare referitoare la tratamentul și recuperarea pacientului.

Întocmit :

Nume și prenume:

Semnatura: