

CHEK LIST PROCEDURE INVASIVE PNEUMOLOGIA

VERIFICHE PREPROCEDURA

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	Cognome: _____	Telefono: _____	DATA APPUNTAMENTO/ORA: _____																			
	Nome: _____	Peso (Kg): _____	ORA ARRIVO: _____																			
	Data di nascita: _____	ASA: _____	_____																			
	CODICE FISCALE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					
PROCEDURA: <input type="checkbox"/> PROGRAMMATA <input type="checkbox"/> URGENTE																						
TIPO DI PROCEDURA: _____																						
MEDICO:		I° OPERATORE:	II° OPERATORE																			

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	ANAMNESI:		
	Digiuno: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Accesso venoso: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____
	<u>PATOLOGIE ASSOCIATE:</u>		
	<input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Insufficienza epatica <input type="checkbox"/> BPCO/ASMA <input type="checkbox"/> Insufficienza respirat. <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Pace Maker <input type="checkbox"/> Valvulopatia <input type="checkbox"/> Profilassi endocardite <input type="checkbox"/> Insufficienza renale		
	Anestesi precedenti: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fumo (sig/die): _____
	Protesi dentaria: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Allergie note: _____
	Stoma tracheale: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Decubito obbligato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Valutazione delle vie aeree		Mallampati (1) (2) (3) (4)
	Valutazione apertura bocca		Distanza interdentale <input type="checkbox"/> (> 3cm) <input type="checkbox"/> (< 3cm)
	Livello ansia: <input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)		
TERAPIA IN ATTO:			
ANTICOAGULANTI: _____ ANTIAGGREGANTI: _____			
INR: _____ (ratio)		APTT: _____ (ratio)	PLT: _____ x10 ³ /μL

CHEK LIST PROCEDURE INVASIVE PNEUMOLOGIA

Scala di sedazione	
nessuna	0
sonno normale	1
lieve, risvegliabile	2
moderata	3
severa	4

Scala analgesia (VAS)
0 = assenza di dolore
10 = peggior dolore immaginabile

Tipo di dolore
A = localizzato C = sordo
B = generalizzato D = urente

Livello di ansia
1 = nessuna
2 = ansia lieve
3 = ansia moderata
4 = ansia severa

Score di Aldrete	
<i>Motilità volontaria o a comando</i>	
4 estremità	2
2 estremità	1
0 estremità	0
<i>Respirazione</i>	
respiro profondo e tosse attiva	2
dispnea, respiro superficiale o limitato	1
apnea	0
<i>Circolazione</i>	
P.A. sist ± 20 mmHg rispetto V.N.	2
P.A. sist ± da 20 a 50 mmHg rispetto V.N.	1
P.A. sist ± 50 mmHg rispetto V.N.	0
<i>Coscienza</i>	
sveglio	2
risvegliabile a chiamata	1
non risvegliabile	0
<i>Saturimetria</i>	
tra il 94% e il 100%	2
tra il 90% e il 93%	1
sotto il 90%	0

Ora	TERAPIA	SIGLA MEDICO	SIGLA INFERMIERE

SONO STATI EFFETTUATI CAMPIONI DI TESSUTO SI NO

INVIATE PROVETTE NUMERO _____ correttamente etichettate e con richiesta compilata per esame citologico

INVIATE PROVETTE NUMERO _____ correttamente etichettate e con richiesta compilata per esame istologico

INVIATE PROVETTE NUMERO _____ correttamente etichettate e con richiesta compilata per esame microbiologico

URGENTE: SI NO

ORA FINE PROCEDURA	Firma Infermiere	Firma Medico

CHEK LIST PROCEDURE INVASIVE PNEUMOLOGIA

STRUMENTO UTILIZZATO: _____	ORA INIZIO PROCEDURA _____
--------------------------------	-------------------------------

VERIFICHE INIZIALI	Verificata la corrispondenza tra identità del paziente, l'intervento proposto ed il programma endoscopico e documentazione clinica esibita	SI	
	Ottenuto il consenso informato alla procedura	SI	
	Ottenuto il consenso informato per sedazione <input type="checkbox"/> cosciente <input type="checkbox"/> profonda	SI	NA
	Valutato il rischio di reazioni allergiche	SI	
	Marcato il sito chirurgico	SI	NA

TIME OUT

TIME OUT	Valutare eventuali situazioni cliniche rilevanti	SI	
	Le immagini diagnostiche sono state visualizzate	SI	NA
	Verificato il funzionamento di dispositivi, presidi, apparecchiature e la disponibilità dello strumentario sterile necessario all'intervento	SI	
	Profilassi antibiotica eseguita (come da protocollo aziendale)	SI	NA
	Verificata procedura e corretto posizionamento del paziente	SI	

FIRMA DEL MEDICO

MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI PERIPROCEDURA

BASE TEMPI	BASE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ORA inizio ____:____	+10 min	+20 min	+30 min	+40 min	+50 min	+60 min
PA							
FC							
SpO ₂							
GCS							
Nausea Vomito							
VAS							
Livello di ansia							
Sigla operatore							

= inizio sedazione

CHEK LIST PROCEDURE INVASIVE PNEUMOLOGIA

CONSEGNE POST PROCEDURA: (N.B. Se effettuata sedazione, il paziente è a RISCHIO DI CADUTA)

MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI POST PROCEDURA

BASE TEMPI	ORA inizio _:	+15min	+30min	+45min	+60min	+75min	+90min	+105min	+120min
PA									
FC									
SpO ₂									
GCS									
Nausea Vomito									
VAS									
Score di Aldrete									
Score MPADSS									
Sigla operatore									

CRITERI DI DIMISSIONE

Criteri di dimissione: sistema MPADSS	Parametri vitali	Entro 20% valori pre-procedura	2	IL PAZIENTE PUO' ESSERE DIMESSO QUANDO OTTIENE UN PUNTEGGIO TOTALE ≥9
		Scarto il 20-40% pre-procedura	1	
		pre-procedura superiore al 40% dei valori pre-procedura	0	
	Deambulazione	Andatura stabile senza capogiri (allettato senza capogiri)	2	
		Andatura con aiuto	1	
		Non cammina, capogiri	0	
	Nausea/Vomito	Minimo o assente	2	
		Moderato	1	
		Forte	0	
	Dolore	Lieve (1-3) o assente	2	
		Moderato (4-6)	1	
		Forte (7-10)	0	
	Perdite ematiche	Minime o assenti	2	
Moderate		1		
Importanti		0		

SINTESI CLINICA E NOTE INFERMIERISTICHE

EDUCAZIONE SANITARIA: Verbale consegna opuscolo informativo

Dimissione alle ore _____ Domicilio Reparto Altro _____

Firma Infermiere _____ Firma Medico _____

