

DOCUMENTAZIONE ASSISTENZIALE DI SALA OPERATORIA*

(*istruzioni operative: «XXX_XXX» e «XXX_XXX»)

ETICHETTA

**Nome e Cognome
riferito dal paziente**

Data	Ora ingresso nel B.O.
Intervento	<input type="checkbox"/> elezione <input type="checkbox"/> urgenza
Anestesia	
Positività sierologiche: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non Rilevabile <input type="checkbox"/> SI _____	
Allergie: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specifica) _____	

Equipe Infermieristica			
INFERMIERE DI ANESTESIA:	1	2	
STRUMENTISTA:	1	2	
1 ASSISTENTE SALA:		-	
2 ASSISTENTE SALA:		-	

Procedure pre-operatorie	SI	N.P.
Assenza di smalto, trucco e/o monili		
Verifica del digiuno		
Rimozione protesi mobili		
Tricotomia		
Monitoraggio preoperatorio		
Presenza Catetere Vescicale <input type="checkbox"/> Posizionato in U.O. <input type="checkbox"/> Posizionato in S.O.		
Altro _____		

Accertamento
Posizione: <input type="checkbox"/> Supina <input type="checkbox"/> Prona <input type="checkbox"/> Laterale DX <input type="checkbox"/> Laterale SX <input type="checkbox"/> Beach-chair <input type="checkbox"/> Altro _____
Presidi: <input type="checkbox"/> Spinte laterali <input type="checkbox"/> Reggibraccio <input type="checkbox"/> Spondina <input type="checkbox"/> Cinghie contenitive <input type="checkbox"/> Leg-Holder <input type="checkbox"/> Rullo <input type="checkbox"/> Laccio emostatico <input type="checkbox"/> Bendaggio per trazione arto superiore <input type="checkbox"/> Reggitesta imbottito <input type="checkbox"/> Reggitesta rigido <input type="checkbox"/> Materassino a depressione <input type="checkbox"/> Reggi poplite
Lesioni cutanee: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specifica) - _____
Monitoraggio parametri vitali: Sat O2 _____ % PA/mmHg _____ FC _____ <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> AR Qualità del respiro: <input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico
Il Paziente riferisce o manifesta particolari condizioni di stress, agitazione, malessere: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Note

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

Diagnosi di rischio

Diagnosi Infermieristiche/Problemi collaborativi			Obbiettivi	Interventi previsti
Modello di percezione e gestione della salute				
<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di lesione da posizionamento perioperatorio • Rischio di lesione da piastra per elettrobisturi • Rischio di compromissione dell'integrità tissutale 	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Minimizzare il rischio	<input checked="" type="checkbox"/> Posizionare presidi antidecubito <input type="checkbox"/> Applicare la/le protezioni oculari <input checked="" type="checkbox"/> Rispettare il ROM fisiologico <input type="checkbox"/> Verificare il corretto posizionamento della piastra
Modello attività – esercizio fisico				
<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di alterazione della funzione respiratoria • Rischio di disfunzione neuro- vascolare periferiche • Potenziale rischio di complicanze (cardiorespiratorie, metaboliche, tromboemboliche, anestesilogiche, allergiche, crisi convulsiva): 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Minimizzare il rischio	<input checked="" type="checkbox"/> Somministrazione terapia prescritta <input checked="" type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali <input type="checkbox"/> Controllo della gestione del laccio emostatico pneumatico
Modello nutrizionale-metabolico				
<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di infezione • Rischio di alterazione della temperatura corporea 	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Minimizzare il rischio	<input checked="" type="checkbox"/> Somministrazione terapia prescritta <input checked="" type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali <input checked="" type="checkbox"/> Riscaldamento del paziente
Modello cognitivo-percettivo/percezione di se				
<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di aspirazione 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Minimizzare il rischio	<input checked="" type="checkbox"/> Somministrazione terapia prescritta <input checked="" type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali <input type="checkbox"/> Aspirazioni delle secrezioni oro-tracheo-bronchiali

Firma leggibile _____

Diagnosi reali/problemi collaborativi

Diagnosi Infermieristiche/Problemi collaborativi			Obbiettivi	Interventi previsti
Modello di percezione e gestione della salute				
<ul style="list-style-type: none"> • Lesione da posizionamento • Compromissione dell'integrità tissutale 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gestire la complicanza	<input type="checkbox"/> Segnalare la lesione al chirurgo/anestesista
Modello attività – esercizio fisico				
<ul style="list-style-type: none"> • Complicanze: <ul style="list-style-type: none"> • cardiorespiratorie, • metaboliche, • tromboemboliche, • anestesilogiche, • allergiche, • crisi convulsiva 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gestire la complicanza	<input checked="" type="checkbox"/> Somministrazione terapia prescritta <input checked="" type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali <input checked="" type="checkbox"/> Informazione sulle procedure
Modello cognitivo-percettivo/percezione di se				
<ul style="list-style-type: none"> • Dolore • Nausea • Alterazioni sensoriali-percettive • Ansia, paura 	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gestire la complicanza	<input type="checkbox"/> Somministrazione terapia prescritta <input type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali <input checked="" type="checkbox"/> Informazione sulle procedure <input checked="" type="checkbox"/> Garantire rassicurazione e comfort

Firma leggibile _____

ATTUAZIONE PROCEDURE ASSISTENZIALI INTRA-OPERATORIE

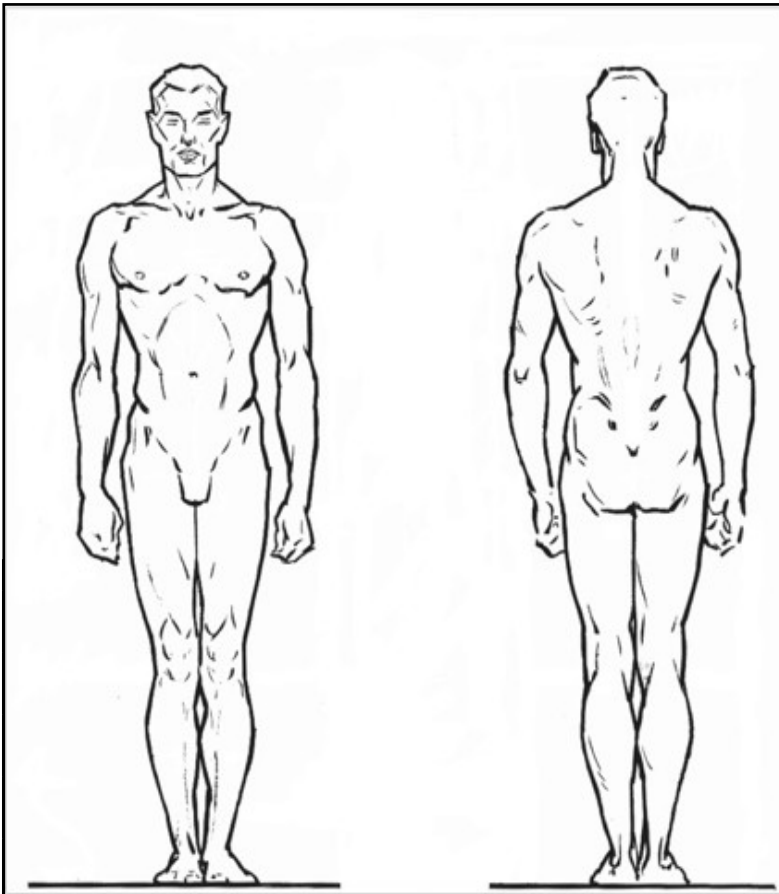
	SI	N.P.
Posizionamento secondo tipologia di intervento/piano assistenziale		
Applicazione presidi di contenimento, antidecubito secondo piano		
Applicazione piastra elettrobisturi		
Protezione oculare		
Protezione termica		
Posizionamento Laccio Emostatico Pneumatico (L.E.P.)		
Verifica tempo di permanenza L.E.P. 1° ora		
Effettuazione esami ematici urgenti		
Esami radiologici		
Esame istologico		
Esame colturale		
Antisepsi cute con: <input type="checkbox"/> Iodopovidone <input type="checkbox"/> Clorexidina <input type="checkbox"/> Altro		

Conteggio materiale				Conteggio finale		
Tipo	Inizio	Aggiunte	Totale	Fuori campo	In campo	Totale
<i>Garze f/b</i>						
<i>Laparotomiche f/b</i>						
<i>Lunghette f/b</i>						
<i>Batuffoli f/b</i>						
Strumenti chirurgici				Firma strumentista		
<i>Taglienti</i>	<i>Lame</i>			Firma assistente di sala		
	<i>Aghi</i>					

Etichette per la tracciabilità del processo di sterilizzazione:

Firma leggibile _____

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA POST – OPERATORIA



Drenaggi		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Legenda		<input type="checkbox"/> Aspirazione
→ cvp	Catetere venoso centrale	
→ cvc	Catetere venoso centrale	
→ a	Catetere arterioso	
→ p	Catetere peridurale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
operatorio	Drenaggio	<input type="checkbox"/> Aspirazione
P	Piastra per elettrodi	<input type="checkbox"/> Ora inizio _____
GV	Catetere vescicale	
Medicazione	Zona di intervento	<input type="checkbox"/> T.A. piatto <input type="checkbox"/> Complessiva
Altro		<input type="checkbox"/> Ghiaccio <input type="checkbox"/> Fasciatura
		<input type="checkbox"/> Altro: _____
Immobilizzazione		<input type="checkbox"/> Valva <input type="checkbox"/> Tutore
		<input type="checkbox"/> Altro: _____

Osservazioni

Il dolore è controllato			
Presenza di pompa elastomerica			
Presenza di presidi per la prevenzione della T.V.P.			
Note/altro			

Ora uscita blocco operatorio

Firma leggibile _____