



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - AGRIGENTO**

Direzione Sanitaria Aziendale  
U.O. "Gestione Rischio Clinico"

Presidio Ospedaliero .....

**Checklist per la sicurezza in endoscopia digestiva**

<b>Sign In</b> →	→ <b>Time Out</b> →	→ <b>Sign Out</b>
<i>Controlli da effettuare prima della procedura</i>	<i>Controlli da effettuare prima di iniziare la procedura</i>	<i>Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala endoscopica</i>
<b>1. Il paziente ha confermato:</b> - identità - indicazione - procedura - consensi (endoscopico e anestesiológico se previsto)	<b>1. Il sanitario e l'infermiere hanno confermato:</b> identità del paziente procedura corretto posizionamento	<b>L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</b>  <b>1.</b> nome della procedura registrata (quale procedura è stata eseguita?)  <b>2.</b> che il conteggio e l'etichettatura delle biopsie eventualmente eseguite è risultato corretto  <b>3.</b> il controllo dei parametri vitali e dello stato di coscienza del paziente  <b>4.</b> eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici  <b>5.</b> che il paziente è stato informato sul comportamento post-dimissione: ripresa dell'alimentazione, guida autoveicoli, eventuali sintomi da segnalare
<b>2. Controlli per la sicurezza della procedura</b> - digiuno                               SI           NO - preparazione colon               SI           NO	<b>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:</b>  <b>2. Medico:</b> durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, precedenti esami, ecc.  <b>3. infermiere:</b> - verificare parametri vitali prima dell'introduzione dello strumento e dopo eventuale sedazione; - controllare la presenza di dispositivi medici previsti durante la procedura; - verificare la presenza di antidoti e presidi/accessori necessari per eventuali complicanze.  <b>4. anestesista (se previsto):</b> specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?	
<b>3. verifica strumento suo regolare funzionamento</b>		
<b>4. Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento</b>		
<b>5. Identificazione dei rischi del paziente:</b>  <div style="text-align: right;">SI           NO</div>		
<b>5. Allergie</b>  <div style="text-align: right;">SI           NO</div>		
<b>6. alterazione stato emocoagulativo (da farmaci, patologie, ecc.)</b>  <div style="text-align: right;">SI           NO</div>	<div style="text-align: center;"><b>Dati del paziente</b></div> Nome e Cognome _____  Data di nascita ___/___/_____ referto n. _____  Procedura _____ data _____ Unità Operativa _____	
Firma endoscopista	Firma anestesista (se previsto)	Firma infermiere