

Formulario di raccolta «Osservazioni nelle sale operatorie» relative agli interventi non indicatori

Data della sorveglianza: __.__.____ (gg.mm.aaaa)

Dati amministrativi

1. Numero caso del paziente: _____

2. Luogo: _____

3. Peso (kg): _____

Tipo di intervento

4. Trattasi di un'operazione a indice Swissnoso (intervento indicatore)?

Sì No

In caso di risposta negativa alla domanda 4:

4a. Sotto-specialità chirurgica

Chirurgia addominale *Chirurgia vascolare* *Ortopedia*

Traumatologia *Urologia* *Ginecologia*

Chirurgia ORL *Cardiochirurgia* *Neurochirurgia*

Chirurgia vertebrale *Chirurgia toracica*

Chirurgia plastica, ricostruttiva, estetica e della mano

Altro *Altro specificare:* _____

4b. Selezionare il codice CHOP: __.__.__

4c. Indicare un altro codice CHOP: _____

4d. Descrizione: altro codice CHOP

In caso di risposta affermativa alla domanda 4:

4e. Indicare il codice ISC di Swissnoso: _____

Tricotomia del campo operatorio:

1. Sono presenti peli?

Sì

No

già rimossi

2. È stata eseguita una tricotomia?

Sì

No

3. Dove è stata eseguita una tricotomia preoperatoria?

Reparto

Preparazione all'intervento

Sala operatoria

altro luogo nell'ambito del blocco operatorio

4. Quando è stata eseguita la tricotomia?

Il giorno dell'intervento

Il giorno prima dell'intervento o ancora prima

5. Com'è stata eseguita la tricotomia?

Clipper

Crema depilatoria

Rasoio monouso

6. È stata eseguita una rasatura secondaria?

Sì

No

Antisepsi cutanea:

Disinfezione del campo operatorio principale

1. Che cos'è stato disinfettato?

Cute *Mucose* *Ferita*

2. Componente base del disinfettante?

Alcool *Acqua*

3. Il disinfettante contiene un altro componente?

Clorexidina 2% *Iodio PVP*

Octenidina *Nessun altro componente*

4. Numero di passaggi?

1 2 3 >3

5. Tempo di azione del disinfettante in secondi (inizio della preparazione del campo operatorio principale): _____

Disinfezione del campo operatorio secondario:

1. Esiste un campo operatorio secondario

Sì *No*

2. Che cos'è stato disinfettato?

Cute *Mucose* *Ferita*

3. Componente base del disinfettante?

Alcool *Acqua*

4. Il disinfettante contiene un altro componente?

Clorexidina 2% *Iodio PVP*

Octenidina *Nessun altro componente*

5. Numero di passaggi?

1 2 3 >3

6. Tempo di esposizione al disinfettante in secondi (inizio della preparazione del campo operatorio secondario): _____

Profilassi antibiotica

Somministrazione intravenosa di antibiotici (durante il periodo di osservazione)

No 1 2 3 >3

1. Tipo di antibiotico 1: _____

2. Dose somministrata (mg): _____

3. Data del primo antibiotico: _____

4a + b. Ora della somministrazione ATB1: ora: __ minuti: __

5. Tipo di antibiotico 2: _____

6. Dose somministrata (mg): _____

7a +b. Data/ora della somministrazione 2: __/__/__, ora: __ minuti: __

8. Tipo di antibiotico 3: _____

9. Dose somministrata (mg): _____

10a +b. Data/ora della somministrazione 3: __/__/__, ora: __ minuti: __

Incisione/inizio dell'intervento:

11. Data dell'incisione/intervento

11a +b. Incisione/inizio dell'intervento (ore + minuti):

Altre osservazioni, FACOLTATIVO: