













# LA CHECKLIST PER LA PREVENZIONE PERIOPERATORIA DELLE SSI

Unità operativa: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Intervento: \_\_\_\_\_

SPAZIO  
PER ETICHETTA  
PAZIENTE

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE	PROFILASSI ANTIBIOTICA	ANTISEPSI CUTANEA	GESTIONE INTRAOPERATORIA
<p><b>a</b> </p> <p>Eseguita bonifica nasale in caso di paziente portatore nasale di <i>S. aureus</i></p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>a</b> </p> <p>La somministrazione ev della profilassi antibiotica è stata effettuata (solo nei casi indicati)</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>a</b> </p> <p>Effettuata la preparazione della cute (mani e avambracci) dell'équipe chirurgica con sapone antisettico o gel idro-alcolico</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>a</b> </p> <p>L'ossigenazione del paziente in anestesia generale con IOT risulta adeguata (FiO<sub>2</sub> 80%)</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>b</b> </p> <p>Il paziente ha eseguito doccia/bagno la mattina dell'intervento o max. entro 24 h precedenti</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>b</b> </p> <p>ed è terminata non più di 30 min. prima dell'incisione in base alla durata d'azione dell'antibiotico utilizzato</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>b</b> </p> <p>Eseguita l'antisepsi del sito chirurgico con soluzione antisettica a base di clorexidina gluconata 2% e in alcool 70% o, in caso di allergia alla clorexidina, con iodopovidone alcolico in soluzione 10%</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>b</b> </p> <p>La temperatura corporea del paziente è adeguatamente controllata (paziente normotermico)</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON CONTROLLABILE</p>
<p><b>c</b> </p> <p>Eseguita tricotomia (quando necessario) con clipper elettrico il giorno dell'intervento</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>b</b> </p> <p>Eseguita la profilassi per os (nella chirurgia coloretale) associata alla preparazione intestinale meccanica</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>c</b> </p> <p>Il controllo glicemico del paziente risulta adeguato (&lt;200 mg/dl)</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>d</b> </p> <p>La volemia del paziente è stata monitorata ed è stato assicurato un adeguato ripristino dei liquidi corporei</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

Firma dell'Infermiera/Ostetrica: \_\_\_\_\_

Firma dell'Infermiere/Ostetrica di Sala: \_\_\_\_\_

Firma del Chirurgo Operatore: \_\_\_\_\_