

IRCBG\_21094

“Menopausa: gestione multiprofessionale degli  
aspetti fisiologici, clinici, assistenziali e  
riabilitativi ”

# Isteroscopia ambulatoriale

800 isteroscopie /anno  
4 giornate/settimana  
ostetrica/infermiera prof./ oss  
appuntamento ogni 40 min.  
procedura dura ca 15 min..

---

# Prenotazione tramite :

sportello CUP  
farmacia  
call center

con impegnativa

No digiuno

Nessuna preparazione

Subito dopo il ciclo  
mestruale

No rapporti

No gravidanza

Colloquio  
Anamnesi  
consenso  
Descrizione procedura  
Verifica G.E.C.O

# **ALLESTIMENTO COLONNA ISTEROSCOPIA TAVOLINO SERVITORE**

**Su richiesta:**

**Preparazione dispositivo per blocco  
paracervicale**

**Contenitore con formaldeide per campione  
biopsia**



Il servitore

---

# ESECUZIONE PROCEDURA MONITORAGGIO PARAMETRI, FREQUENZA, SATURAZIONE, VAS ATROPINA AL BISOGNO OCCORRENTE PER ACCESSO VENOSO



**CHECK LIST PERIOPERATORIA AMB** (procedure invasive effettuate in regime ambulatoriale; allegare al consenso informato specifico per l'atto sanitario)

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

**MONITORAGGIO INTRA – PROCEDURA** Ora inizio procedura: \_\_\_\_\_ Ora fine procedura: \_\_\_\_\_

vedi tracciato monitor allegata  vedi scheda anestesiológica allegata

**VERIFICHE PRE - PROCEDURA**

**IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE**

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Diagnosi \_\_\_\_\_  
Intervento: \_\_\_\_\_

**VERIFICHE INIZIALI**

Verificata la corrispondenza tra l'identità del paziente, l'intervento proposto ed il programma operatorio

Ottenuto il consenso informato chirurgico

Ottenuto il consenso informato anestesiológico NA  SI

Valutato il rischio di reazioni allergiche

Marcato il sito chirurgico NA  SI

**TIME OUT**

Valutate ev. situazioni cliniche rilevanti

Immagini diagnostiche visualizzate NA  SI

Verificato funzionamento dispositivi / presidi / apparecchiature e la disponibilità dello strumentario sterile necessario all'intervento

Profilassi antibiotica eseguita (come da protocollo aziendale) NA  SI

Verificata procedura, sito d'intervento e corretto posizionamento del paziente

Note: \_\_\_\_\_

**REGISTRAZIONE DEI PARAMETRI VITALI (PERIPROCEDURA)**

ORA							
P.A. (mmHg)	<input type="checkbox"/>						
F.C. (bpm)	<input type="checkbox"/>						
SpO <sub>2</sub> (%)	<input type="checkbox"/>						
DOLORE (NRS)	<input type="checkbox"/>						

**FARMACI** nessuna prescrizione

PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	VIA	SIGLA PRESCR	SOMMINISTRAZIONE		
				ORA INIZIO	ORA FINE	SIGLA SOMM

**VERIFICHE POST - PROCEDURA**

Campione chirurgico  NA  SI  Conformità: campione  contenitore  richiesta  etichetta (id. pz, descriz., op.)   
(se non conforme scrivere in campo note)

**CRITERI DI DIMISSIONE (SISTEMA MPADSS)**

Parametri vitali	Entro 20% valori pre-procedura	2
	Scarto del 20-40% rispetto ai valori pre procedura	1
	Scarto 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 procedurale	Minimo (o assente)	2
	Moderato	1
	Forte	0
Perdite ematiche	Minime (o assenti)	2
	Moderate	1
	Forti	0
<b>(il paziente può essere dimesso quando ottiene un punteggio &gt; 9) TOTALE</b>		

Firma infermiere \_\_\_\_\_ Firma medico \_\_\_\_\_

**CHECK LIST PERIOPERATORIA AMB** (procedure invasive effettuate in regime ambulatoriale; allegare al consenso informato specifico per l'atto sanitario)

Data: 29/09/2021  
Strutt: DH GiN

**MONITORAGGIO INTRA - PROCEDURA** Ora inizio procedura: 13.30 Ora fine procedura: 13.45  
 vedi tracciato monitor allegata  vedi scheda anestesiológica allegata

REGISTRAZIONE DEI PARAMETRI VITALI (PERIPROCEDURA)						
ORA	13.30	13.40	13.45			
P.A. (mmHg)						
F.C. (bpm)	95	91	90			
SpO <sub>2</sub> (%)	99%	99%	99%			
DOLORE (NRS)	mezza mezza mezza					

FARMACI  nessuna prescrizione

PRESCRIZIONE			SOMMINISTRAZIONE			
PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	VIA	SIGLA PRESCR	ORA INIZIO	ORA FINE	SIGLA SOMM
Mepivacaina 2%	10me					

**VERIFICHE INIZIALI**

Verificata la corrispondenza tra l'identità del paziente, l'intervento proposto ed il programma operatorio

Ottenuto il consenso informato chirurgico

Ottenuto il consenso informato anestesiológico  NA  SI

Valutato il rischio di reazioni allergiche

Marcato il sito chirurgico  NA  SI

**VERIFICHE POST - PROCEDURA**

Campione chirurgico  NA  SI Conformità: campione  contenitore  richiesta  etichetta (id. pz, descriz., op.)   
(se non conforme scrivere in campo note)

CRITERI DI DIMISSIONE (SISTEMA MPADSS)		
Parametri vitali	Entro 20% valori pre-procedura	2
	Scarto del 20-40% rispetto ai valori pre procedura	1
	Scarto superiore al 40% dei valori pre procedura	0
Deambulazione	Andatura stabile senza capogiri (allettato senza capogiri)	2
	Andatura con aiuto	1
Nausea / vomito	Non cammina, capogiri	0
	Minimo (o assente)	2
	Moderato	1
Dolore procedurale	Forte	0
	Minimo (o assente)	2
	Moderato	1
Perdite ematiche	Forti	0
	Moderate	1
	Minime (o assenti)	2
(il paziente può essere dimesso quando ottiene un punteggio > 9) TOTALE		10

Note:

Firma infermiere AS Firma medico [Firma]

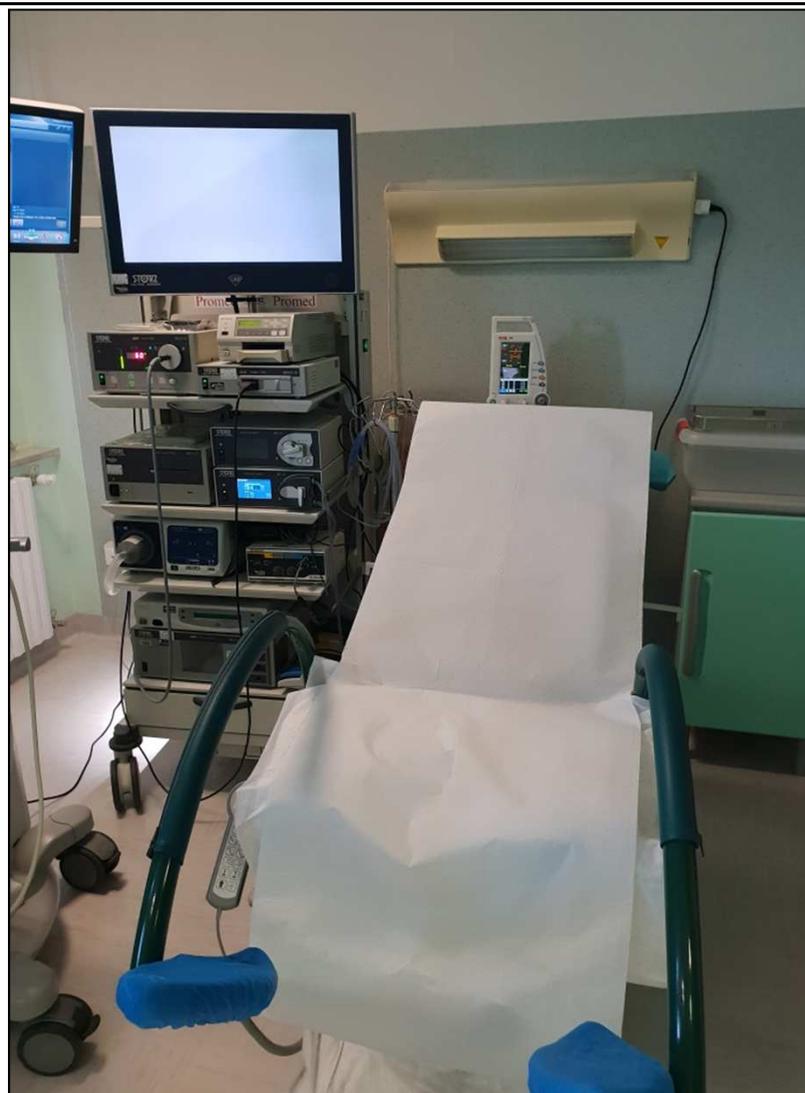
Scheda monitoraggio  
in corso di esame

---

**ASSISTENZA,**

**CONTROLLO COLONNA OPERATIVA  
DURANTE ESAME**

**STRUMENTAZIONE NECESSARIA**





---

**A FINE PROCEDURA,  
SI CONSIGLIA ATTESA 15 MIN.**

**PAGAMENTO TICKET**

A fine  
giornata

...



Grazie