

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 ₂ (%)	<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
(il paziente può essere dimesso quando ottiene un punteggio > 9) TOTALE		

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 ₂ (%)	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
	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
(il paziente può essere dimesso quando ottiene un punteggio > 9) TOTALE		10

Note:

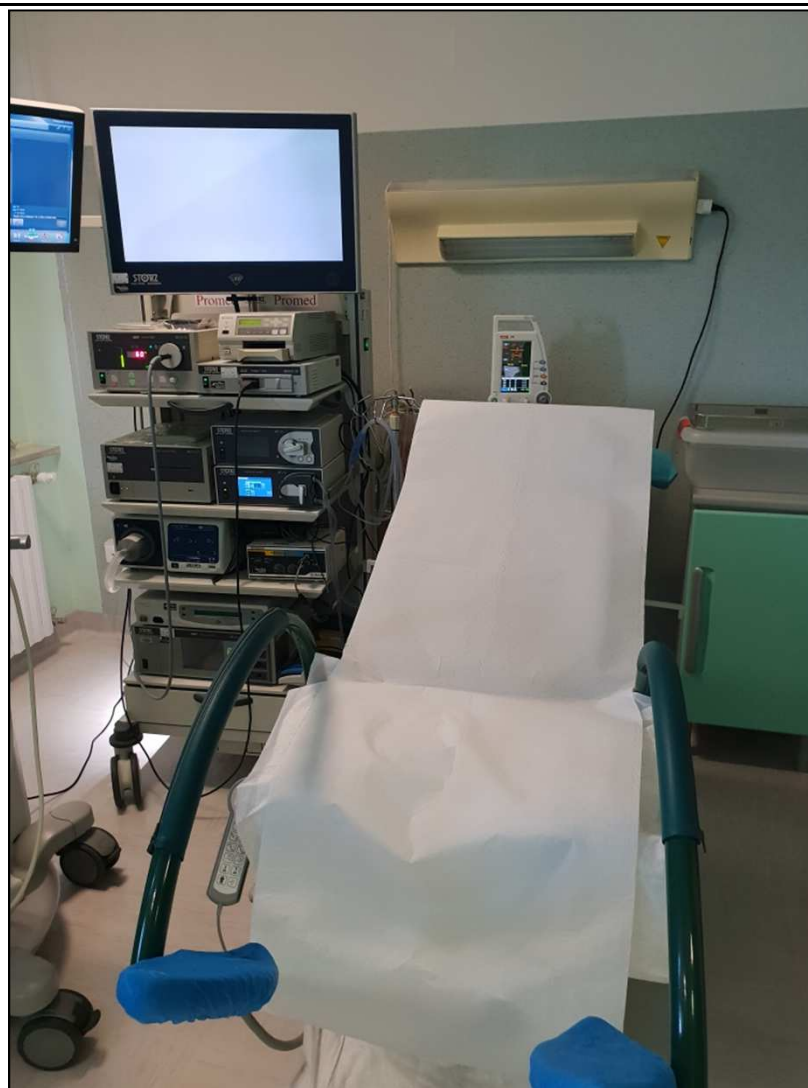
Firma infermiere AS Firma medico [Signature]

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