

RICHIESTA ATTIVAZIONE SALA OPERATORIA PER EMERGENZA/URGENZA

DATA _____ U O. proponente _____

Chirurgo che effettua la richiesta _____

Anestesista. _____

Infermiere sala operatoria E/U _____

Diagnosi. _____

Codice E/U _____ cod.1 _____ cod.2 _____ cod.3 _____

cod 1 - Progetto Femore

cod 1 - Trauma Maxillo Facciale

Codice 3 Emergenze da espletare nell'arco di minuti

Codice 2 Urgenze da espletare nell'arco di ore

Codice 1 Urgenze differibili da effettuare appena possibile.

Età e Condizioni Cliniche: _____

A cura dell'infermiere di sala operatoria:

Orario chiamata ____:____ Sala Operatoria già occupata? SI NO
(Tipo di Urgenza) _____

MET impegnato al momento della chiamata? SI NO

Arrivo paziente al blocco operatorio Orario ____:____

Presa in Carico Anestesista: Orario ____:____

Presa in Carico Equipe chirurgica Orario ____:____

Orario inizio intervento ____:____ Orario fine intervento ____:____

Orario uscita dal blocco operatorio ____:____

SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITA' (a cura dell'Anestesista) _____

FIRMA CHIRURGO

FIRMA ANESTESISTA

FIRMA INFERMIERE COC

