

Istituto Ortopedico Rizzoli

Check-list per il paziente sottoposto ad
intervento di Artroprotesi Di Anca o
Artroprotesi di ginocchio



CI SONO ANCH'IO !!

Il **tuo** contributo
per una sanità più **sicura!**

L'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli aderisce all'iniziativa "**Open Safety Day**" promossa dalla Regione Emilia Romagna in occasione della **giornata globale per la sicurezza dei pazienti** e prevista ogni anno il **17 Settembre**. Questa giornata è orientata all'informazione e alla sensibilizzazione sul tema della **sicurezza delle cure** e della persona assistita, al fine di aumentare la consapevolezza e l'informazione di operatori sanitari e pazienti, diffondendo la **cultura della sicurezza**.

Questa checklist è stata realizzata per **favorire il suo coinvolgimento** durante il ricovero. Le chiediamo di compilarla con attenzione rispondendo sinceramente ad ogni domanda. **La compilazione è anonima** in quanto l' Istituto Ortopedico Rizzoli ha come unico obiettivo quello di valutare se e come il suo essere **protagonista del processo di cura**, possa aumentare la sicurezza delle cure erogate.

Restituisca la presente checklist al personale sanitario il giorno della dimissione.

GRAZIE!

Compilazione della checklist

La checklist è suddivisa in 4 parti, ognuna delle quali è contraddistinta da un colore.

Per rispondere alle domande correttamente è necessario seguire queste semplici indicazioni. Non esiti a domandare al personale sanitario, in caso di dubbi, prima di rispondere.

-A-

Al mio arrivo in reparto

Le chiediamo di compilare questa sezione **dopo aver effettuato l'accettazione** e aver parlato con il Medico.

-B-

Prima di andare in sala operatoria

Compili questa sezione **dopo aver parlato con gli Infermieri** circa la preparazione all'intervento.

-C-

Dal giorno dopo l'intervento chirurgico, in reparto

Compili questa sezione **nei giorni successivi all'intervento**.

-D-

Prima di tornare al mio domicilio

Compili questa sezione **il giorno della dimissione**.

-A-

Al mio arrivo in reparto

1. Sono stato informato dal Medico di reparto del motivo per il quale è necessario il mio intervento chirurgico ☐SI ☐NO
2. Sono stato informato dal Medico di reparto dei rischi di questo intervento chirurgico ☐SI ☐NO
3. Sono stato informato dal Medico di reparto dei benefici che avrò con questo intervento chirurgico ☐SI ☐NO
4. Sono a conoscenza di quali sono i fattori che concorrono alla mia guarigione ☐SI ☐NO
5. Il Medico mi ha informato sui tempi di recupero dopo l'intervento (riprendere a camminare, guidare, lavorare) ☐SI ☐NO
6. Sono a conoscenza del Chirurgo che effettuerà l'intervento chirurgico.....☐SI ☐NO
7. Il Medico di Reparto mi ha chiesto se sono allergico a qualche medicina o materiale ☐SI ☐NO
8. Il Medico di Reparto mi ha chiesto se assumo medicine per rendere più fluido il sangue (anticoagulanti-antiaggreganti)..... ☐SI ☐NO
9. Il Medico di Reparto mi ha chiesto se potevo indicare tutte le medicine che utilizzo regolarmente a domicilio (ricognizione farmacologica)..... ☐SI ☐NO

10. Il Medico di reparto, prima dell'intervento chirurgico, ha marcato con un pennarello il punto o l'arto dove sarò operato (marcatura del sito chirurgico) ☐SI ☐NO

11. Sono stato coinvolto dal Medico di reparto, prima dell'intervento, per identificare il punto o l'arto dove sarò operato ☐SI ☐NO



-B-

Prima di andare in sala operatoria

1. Ho effettuato la doccia con i prodotti che mi sono stati consegnati dal personale di reparto ☐SI ☐NO

2. Un Infermiere di reparto ha rimosso i peli superflui dalla sede dell'intervento chirurgico (tricotomia) ☐SI ☐NO

3. Un Infermiere di reparto ha verificato la corretta sede e marcatura del sito chirurgico ☐SI ☐NO

4. Sono stato informato dal Medico di reparto che, in Sala Operatoria prima dell'intervento chirurgico, mi verrà somministrata una terapia antibiotica ☐SI ☐NO



-C-

Dal giorno dopo l'intervento chirurgico, in reparto

1. Sono a conoscenza di dover chiamare il personale infermieristico di reparto ogni volta che si presenta dolore, tremori, capogiri, spossatezza, sensazione di battito accelerato, difficoltà respiratoria, sensazione di malessere etc..... ☐SI ☐NO

2. Sono a conoscenza di dover riferire al personale infermieristico di reparto se la medicazione si presenta staccata, umida o particolarmente sporca ☐SI ☐NO

3. Sono stato informato di dover chiamare il personale di reparto e attendere il suo arrivo, prima di alzarmi dal letto/sedia ☐SI ☐NO



-D-

Prima di tornare al mio domicilio

1. Sono stato informato sulla terapia farmacologica che dovrò assumere a casa..... ☐SI ☐NO

2. Sono stato informato sulle modalità /tempistiche del trattamento riabilitativo ☐SI ☐NO

3. Sono stato informato dei numeri telefonici da utilizzare una volta dimesso dall'Ospedale, per contattare il Reparto presso cui sono stato ricoverato, nel caso dovessero insorgere complicitanze o avessi dei dubbi da risolvere ☐SI ☐NO