Dal momento in cui il paziente va in visita al medico e si decide che dev’essere operato, il medico stesso inserisce il paziente nel sistema.

Il sistema contiene una pagina anagrafica del paziente con:

* nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, residenza, numero di telefono e email del paziente
* diagnosi del paziente (testo)
* l’intervento che dovrà fare (testo)
* anamnesi pregressa (storia della sua salute da quando è nato)
* anamnesi prossima (la sua situazione sanitaria attuale e eventuale terapia medica che sta seguendo)
* tempo di attesa dell’intervento:
  + Classe A: entro 30 giorni
  + Classe B: entro 60 giorni
  + Classe C: entro 180 giorni
  + Classe D: entro 12 mesi
* nome, cognome e matricola del medico che ha effettuato la richiesta di intervento
* note

Il paziente entra in una lista di graduatoria dell’intervento specifico. La cabina di regia contatta il paziente per dargli le date degli esami che dovrà eseguire prima dell’intervento.

Il paziente svolge gli esami. Quando li ha svolti tutti viene chiamato per fare l’intervento e la cabina di regia lo inserisce nella lista delle persone pronte per fare l’intervento, in modo che il medico, una settimana prima, può fare la lista operatoria, che schedula giorno per giorno chi verrà operato. Le liste operatorie possono essere modificate in qualsiasi momento dal medico.

Le liste operatorie contengono:

* Nome del blocco operatorio: giallo, verde, blu, azzurro
* Numero della sala: da 1 a 6 per il blocco giallo, da 7 a 12 per blocco verde, da 13 a 18 per il blocco blu e da 18 a 24 per il blocco azzurro)
* Nome e cognome del paziente
* Data di nascita
* RI (codice di riconoscimento inserito in questo momento).
* Diagnosi e intervento (dall’anagrafica)
* Presenza anestesista
* Nome e cognome del primo operatore (medico)

Nel giorno dell’intervento si tiene traccia di tutti i movimenti del paziente in un verbale:

* Ora di ingresso del blocco operatorio (opzionale)
* Ora di entrata in sala operatoria (opzionale)
* Orario del posizionamento del paziente (opzionale)
* Ora inizio anestesia (opzionale)
* Ora fine anestesia (opzionale)
* Ora inizio intervento (obbligatorio)
* Ora fine intervento (obbligatorio)
* Ora risveglio (opzionale)
* Ora uscita sala operatoria (opzionale)
* Ora uscita blocco operatorio (opzionale)
* Tipo di anestesia:
  + Generale
  + Locoregionale
  + Locale
  + Spinale
* Rischio anestesiologico:
  + Asa1
  + Asa2
  + Asa3
  + Asa4
  + Asa5
* Nomi dell’equipe:
  + Primo operatore (medico)
  + Secondo operatore (medico, con opzione “nessun operatore”)
  + Terzo operatore (medico, opzionale)
  + Anestesista (medico, opzionale in base a lista operatoria)
  + Strumentista (infermiere)
  + Infermiere di sala (infermiere)
  + Aiutoanestesista (infermiere)
  + Tecnico di radiologia (opzionale)
* Diagnosi e intervento (riprese dall’anagrafica)
* Procedura (testo lungo)

Il primo operatore può scrivere tutto il verbale. L’infermiere può solo scrivere gli orari, l’equipe infermieristica e il tecnico di radiologia. L’anestesista può scrivere i suoi dati e i dati sull’anestesia.

Il verbale a fine intervento deve essere stampato. L’allegato (1) è un fax-simile di un verbale stampato.

È importante che in ogni momento si possa accedere all’anagrafica del paziente.