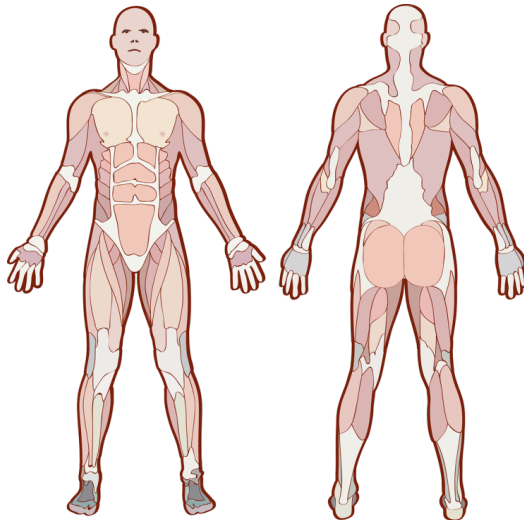


CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

FORM.HMFST.ASSIST.CCIR.QUA.008.001

Nome completo:		Data de nascimento: / /	ETIQUETA
Prontuário:	Data: / /		
Clínica de origem:	Cirurgia proposta:		
Tipo de Cirurgia: () Eletiva () Urgência () Emergência () Reabordagem			
Antes do encaminhamento para procedimento cirúrgico		Demarcação da lateralidade () NA	Admissão no Centro Cirúrgico ou Sala de Pequeno Procedimento
Alergia? () Sim _____ () Não Risco de queda? () Sim () Não Paciente com a pulseira de identificação? () Sim () Não Jejum? () Sim () Não Prontuário completo? () Sim () Não Consentimento e avaliação anestésica? () Sim () Não () NA Consentimento cirúrgico? () Sim () Não Consentimento transfusional? () Sim () Não () NA Sítio cirúrgico demarcado? () Sim () Não () NA Retirado próteses e adornos? () Sim () Não () NA Tipo de Precaução: () Padrão () Contato () Reverso () Gotículas () Aerossóis Pele íntegra? () Sim () Não Lesão: _____		Tipo de cirurgia: _____  Local da cirurgia: _____ Lateralidade do procedimento: () Direito () Esquerdo	Paciente com a pulseira de identificação? () Sim () Não Paciente confirma tipo e local da cirurgia? () Sim () Não Prontuário completo? () Sim () Não Proposto cirúrgica confere com o mapa? () Sim () Não Consentimento e avaliação anestésica? () Sim () Não () NA Consentimento cirúrgico? () Sim () Não Consentimento transfusional? () Sim () Não () NA Sítio cirúrgico demarcado? () Sim () Não () NA Paciente confirma tipo e local da cirurgia? () Sim () Não Retirados próteses e adornos? () Sim () Não Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Sinais Vitais:			
PA _____ TAX: _____ FC: _____ FR: _____ SpO2 _____ Escala de dor: _____ Observações: _____ _____ _____			
Enf. / Téc. De Enfermagem		Médico Assistente	Enf. / Téc. De Enfermagem

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Antes da indução anestésica - <i>Check in</i>	Antes de iniciar a cirurgia - <i>Time out</i>	Antes do paciente sair da SO - <i>Check out</i>
Confirmação sobre o paciente: () Identificação do paciente () Procedimento a ser realizado () Consentimento cirúrgico () Consentimento anestésico () NA () Avaliada as vias aéreas () Sítio cirúrgico certo Montagem da SO de acordo com o procedimento programado? () Sim () Não () Procedimento realizado no setor de internação (fora do centro cirúrgico) Revisão dos equipamentos de anestesia? () Sim () Não () NA Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes? () Sim () Não () NA Acesso venoso adequado e pérvio? () AVC () AVP () Não Reserva sanguínea? () Sim () Não Alergia? () Sim _____ () Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais? () Sim () NãoCirurgião principal: _____ Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: () Identificação do paciente () Sítio cirúrgico () Procedimento a ser realizado Uso de antibiótico profilático? () Sim () Não _____ () Já em uso (prescrição médica) Qual? _____ Exames de imagem estão disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica Revisão do cirurgião / passos críticos /duração estimada / possíveis perdas sanguíneas? () Sim () Não Revisão do anestesista? () Sim () Não () NA Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário? () Sim () Não	Procedimento realizado: _____ Contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? () Sim () NA () Não - justifique _____ Houve algum problema com equipamentos que deva ser relatado? () Não () NA () Sim - qual? _____ Destino do paciente: () Emergência () Enfermaria Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós operatória desse paciente? () Não () NA () Sim - qual? _____ Pulseira de identificação presente? () Sim () Não Dispositivos datados? () Sim () Não Horário de saída: _____ :
Circulante da sala	Circulante da sala	
Médico Anestesista	Médico Cirurgião	Circulante da sala