

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Nome completo _____		Data Nascimento _____
RG _____	Unidade de origem _____	Data _____
Cirurgia proposta _____		Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica <i>Check in</i>	Antes de iniciar a cirurgia <i>Time out</i>	Antes do cliente sair da SO <i>Check out</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do cliente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Prontuário completo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Sítio cirúrgico demarcado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Consentimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Consentimento transfusional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica • Banho <input type="checkbox"/> Sim/Horário _____ <input type="checkbox"/> Não • Tricotomia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica Horário _____ Local _____ • Jejum <input type="checkbox"/> Sim/Início _____ <input type="checkbox"/> Não • Exames <input type="checkbox"/> Laboratoriais <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia • Retirado prótese e adornos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Tipo de precaução <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Gotículas <input type="checkbox"/> Aerossóis <p>Enfº/Tec.enf _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação sobre o cliente <input type="checkbox"/> Identificação do cliente <input type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita <input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado <input type="checkbox"/> Consentimento anestésico e cirúrgico <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Revisão dos equipamentos de anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes <input type="checkbox"/> Laringoscópio <input type="checkbox"/> Máscara de O2 <input type="checkbox"/> Fio guia <input type="checkbox"/> Ambú <input type="checkbox"/> Bougie <input type="checkbox"/> Aspirador <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Cânula endotraqueal • Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Acesso venoso adequado e pérvio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Não • O cliente tem alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Obs.: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 1º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Circulante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: <input type="checkbox"/> Identificação do cliente <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado • Placa de eletrocautério <input type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica • Uso de antibiótico profilático <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Exames de imagem estão disponíveis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica • Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Revisão do anestesista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <p>Obs.: _____</p>	<p>Procedimento realizado _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião _____ Anestesista _____ Enfermagem _____ <p>Obs.: _____</p> <p>Ass.: _____</p>

Prontuário completo para cirurgia:

- ✓ Ficha de identificação
- ✓ Prescrição médica
- ✓ Evolução médica
- ✓ Relatório de enfermagem
- ✓ Termo de consentimento e avaliação anestésica
- ✓ Termo de consentimento cirúrgico
- ✓ Termo de consentimento transfusional (se houver necessidade)
- ✓ Sinais vitais anotados
- ✓ Exames laboratoriais (se houver)