

# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

## CENTRO CIRÚRGICO

Antes da indução anestésica >>>>>>>>

Antes da incisão cirúrgica >>>>>>>>

Antes de o paciente sair da sala de operações

Paciente:		Idade:
Prontuário:	Data:	Hora:
Procedimento:		
Equipe cirúrgica:		

### Verificação antes da indução anestésica

<input type="checkbox"/>	Limpeza da sala cirúrgica
<input type="checkbox"/>	Validação da esterilização do instrumental cirúrgico necessário
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade dos insumos cirúrgicos solicitados
<input type="checkbox"/>	Medicações anestésicas disponíveis
<input type="checkbox"/>	Aparelho de anestesia testado
<input type="checkbox"/>	Monitor multiparamétrico completo e testado
<input type="checkbox"/>	Focos cirúrgicos funcionando
<input type="checkbox"/>	Mesa cirúrgica testada
<input type="checkbox"/>	Bisturi eletrônico testado
<input type="checkbox"/>	Aspirador cirúrgico testado
<input type="checkbox"/>	Bombas de infusão disponíveis e testadas
<input type="checkbox"/>	Reserva de hemoderivados checados, quando solicitados
<input type="checkbox"/>	Reserva de vaga na UTI checada, quando solicitada
<input type="checkbox"/>	Anestesista presente
<input type="checkbox"/>	Cirurgião presente

### Verificação antes da incisão cirúrgica

<input type="checkbox"/>	Lateralidade
<input type="checkbox"/>	Antibiótico profilático administrado
<input type="checkbox"/>	Contagem de compressas abertas
<input type="checkbox"/>	Contagem do instrumental cirúrgico
<input type="checkbox"/>	Inspeção do instrumental cirúrgico e validação da esterilização

### Verificação pós término cirúrgico

<input type="checkbox"/>	Contagem das compressas utilizadas
<input type="checkbox"/>	Contagem do instrumental cirúrgico utilizado
<input type="checkbox"/>	Curativo íntegro e limpo
<input type="checkbox"/>	Implantes presentes
<input type="checkbox"/>	Espécimes anatomopatológicas identificadas e acondicionadas
<input type="checkbox"/>	Translado do paciente para a URPA

IDENTIFICAÇÃO
<input type="checkbox"/> <b>PACIENTE CONFIRMOU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIDADE</li> <li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> <li>• CONSENTIMENTO</li> </ul>
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/ NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO
<b>O PACIENTE POSSUI:</b>
<input type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> VIAS AÉREAS DIFÍCIL/ RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS
<input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUÍDOS

CONFIRMAÇÃO
<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMARAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</li> <li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS REVISÃO DO CIRURGIÃO:</b> QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?
<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA:</b> HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:</b> OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES?
<input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA

REGISTRO
<input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
<input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA – OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)
_____ <b>Assinatura</b>

**OBSERVAÇÕES:**

Responsável pelo preenchimento: