

**CHECKLIST PARA CONTROLE DE MATERIAL CIRÚRGICO**

Paciente:		Prontuário:	DN: / /
1° Cirurgião:	Cirurgia:		Data: / /
2° Cirurgião:	Anestesista:	Circulante:	
Enfermeiro:	Instrumentador:	S.O.:	
Turno: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite			

MATERIAL	FASES DE CONTAGEM	QUANTIDADE*	RESPONSÁVEL
AGULHA DE SUTURA	PRÉ-INCISÃO		
	PRÉ-SUTURA		
	APÓS TÉRMINO CIRÚRGICO		
ALGODÃO	PRÉ-INCISÃO		
	PRÉ-SUTURA		
	APÓS TÉRMINO CIRÚRGICO		
COMPRESSAS	PRÉ-INCISÃO		
	PRÉ-SUTURA		
	APÓS TÉRMINO CIRÚRGICO		
GAZE**	PRÉ-INCISÃO		
	PRÉ-SUTURA		
	APÓS TÉRMINO CIRÚRGICO		
GAZE LAPAROSCÓPICA**	PRÉ-INCISÃO		
	PRÉ-SUTURA		
	APÓS TÉRMINO CIRÚRGICO		
DISSECTOR	PRÉ-INCISÃO		
	PRÉ-SUTURA		
	APÓS TÉRMINO CIRÚRGICO		
INSTRUMENTAL	PRÉ-INCISÃO		
	PRÉ-SUTURA		
	APÓS TÉRMINO CIRÚRGICO		
EM CASO DE TROCA DE PLANTÃO COM CIRURGIA EM CURSO, REALIZAR ASSINATURA		ENTREGUR POR:	HORA:
		RECEBIDO POR:	HORA:
OBSERVAÇÕES	_____		
	_____		
	_____		
	_____		

\*QUANDO NÃO HOUVER USO DE ALGUM DOS ITENS DESCRITOS NO CHECKLIST, UTILIZAR NÃO SE APLICA (N/A).

\*\* ESPECIFICAR A QUANTIDADE POR UNIDADE E NÃO POR PACOTE.

OBS.: O SOMATÓRIO FINAL DE CADA ETAPA DEVE CONSIDERAR A QUANTIDADE DE ITENS DA PRÉ-INCISÃO + OS MATERIAIS ACRESCIDOS ATÉ PRÉ-SUTURA.