

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA | VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA | CHECKLIST

PACIENTE: _____ IDADE: _____ PRONTUÁRIO: _____ DATA DE NASCIMENTO: / / ENF./LEITO: _____

1. UNIDADE DE ORIGEM DO PACIENTE

EMERGÊNCIA ADMISSÃO: DATA: / / HORA: : ELETIVA URGÊNCIA ADMISSÃO: DATA: / / HORA: :

<input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO SEGURA <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PÉRVIO SSVV PA: X mmHg FC: bpm FR: rpm Temp.: °C <input type="checkbox"/> PRÉ-OXIGENAÇÃO/ AVALIAR NECESSIDADE DE TOT <input type="checkbox"/> INFUSÃO DE SOLUÇÃO AQUECIDA VOLUME: _____ <input type="checkbox"/> COLETA DE AMOSTRA PARA TIPAGEM SANGUÍNEA/ EXAME LABORATORIAL <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DE ANTIFIBRINOLÍTICO FAST <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO DROGA: _____ HORA: : _____ Encaminhado ao CC: / / às _____ NOME E CARIMBO _____	<input type="checkbox"/> JEJUM: / / HORÁRIO: : <input type="checkbox"/> MALTODEXTRINA HORÁRIO: : <input type="checkbox"/> ALERGIA: _____ <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PÉRVIO <input type="checkbox"/> COLETA DE AMOSTRA PARA TIPAGEM SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> BANHO COM CLOREXIDINA DATA: / / HORÁRIO: : RESPONSÁVEL _____	<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO <input type="checkbox"/> EXAMES LABORATORIAL E IMAGEM <input type="checkbox"/> RETIRADA DE ÓRTESES, PROTÊSES E ADORNOS <input type="checkbox"/> PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> PROFILAXIA TEV (SUSPENSÃO) HORA: : _____ Encaminhado ao CC: / / às _____ NOME E CARIMBO _____
---	--	--

2. ADMISSÃO NO CC DATA: / / HORA: : 3. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAÇÃO VERBAL

PROCEDIMENTO PROPOSTO: _____	ANESTESISTA: _____	<input type="checkbox"/> IDENTIDADE <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> NOME DO CIRURGIÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE ÓRTESES	<input type="checkbox"/> SÍTIO MARCADO (LATERALIDADE) <input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> ALERGIA: _____ <input type="checkbox"/> JEJUM: _____
CIRURGIÃO: _____	CIRCULANTE: _____	ENFERMEIRA: _____	INSTRUMENTADOR: _____

3. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAÇÃO VERBAL 4. ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA - CONFIRMAÇÃO VERBAL 5. ANTES DE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO ADEQUADA <input type="checkbox"/> ACESSO ENDOVENOSO PÉRVIO <input type="checkbox"/> PROFILAXIA TVP <input type="checkbox"/> EXAMES DISPONÍVEIS (IMAGEM/LABORATORIAL) TRICOTOMIA HORA: _____ LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA >500ml (7ml/kg em crianças) <input type="checkbox"/> CONFIRMADA RESERVA/TIPAGEM SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> FICHA / CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA <input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL PREVISTA <input type="checkbox"/> MATERIAL DE VIA AÉREA DIFÍCIL DISPONÍVEL <input type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA TESTADO PELO ANESTESIOLOGISTA <input type="checkbox"/> MATERIAIS E INSUMOS NECESSÁRIOS ESTÃO PRESENTES <input type="checkbox"/> EQUIPAMENTOS TESTADOS E EM FUNCIONAMENTO <input type="checkbox"/> MATERIAS ESTERILIZADOSEM PRAZO DE VALIDADE <input type="checkbox"/> VERIFICADOS HGT _____ E TEMPERATURA _____	<input type="checkbox"/> EQUIPE SE APRESENTA PELO NOME/FUNÇÃO <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO REVISÃO DE ETAPAS CRÍTICAS PREVISTAS PARA O PROCEDIMENTO: <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO: _____ <input type="checkbox"/> DURAÇÃO DA CIRURGIA: _____ <input type="checkbox"/> IMAGENS ESSENCIAIS PODEM SER VISUALIZADAS <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGISTA: _____ <input type="checkbox"/> ANTIBIOTICOTERAPIA: DROGA: _____ HORA: : _____ <input type="checkbox"/> ANTIBIOTICOPROFILAXIA: DROGA: _____ HORA: : _____ <input type="checkbox"/> REPETIÇÃO DO ANTIBIÓTICO (APÓS 04 HORAS OU PERDA SANGUÍNEA > 1.500 ml EM ADULTO OU CRIANÇA >20ML/KG <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE COMPRESSAS <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS <input type="checkbox"/> ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS CONFIRMADA <input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI POSICIONADA LOCAL: _____	HORA DE INCISÃO CIRÚRGICA: _____ PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____ <input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL CONFIRMADA <input type="checkbox"/> CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS, COMPRESSAS E AGULHAS CORRETAS <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DA AMOSTRA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> INTERCORRÊNCIA PERIOPERATÓRIA <input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE EVENTO PERIOPERATÓRIO <input type="checkbox"/> HORA DE TÉRMINO DO ATO CIRÚRGICO: _____ <input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE DEFEITO EM EQUIPAMENTO/INSTRUMENTAIS <input type="checkbox"/> VERIFICADOS HGT E TEMPERATURA OBSERVAÇÕES: _____ LEGENDA : (S) SIM (N) NÃO (/) NÃO SE APLICA
--	--	--

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA NOME E CARIMBO _____
ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA NOME E CARIMBO _____
ANTES DE SAIR DA SALA DE CIRURGIA NOME E CARIMBO _____