

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA (OMS) Antes da Indução Anestésica

Confirmação sobre o paciente:

- Identificação do Paciente
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento Informado realizado

Sítio cirúrgico do lado correto/ou não se aplica

Cheragem do equipamento anestésico OK

Oxímetro de Pulso Instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim _____

Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração?

Não

Sim, se há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças)?

Não

Sim, se há acesso venoso e planejamento para reposição

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA (OMS)

Antes de Iniciar a Cirurgia

Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?

Revisão de enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico: Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?

Verificação de quantidade do número de pinças.

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim

Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

Sim

Não se aplica

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA (OMS)

Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado**
- Contagem de compressas, instrumentos e agulhas (ou não se aplica)**
- Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente**
- Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido**
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente**

Nota de Sala

<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> Centro Obstétrico				Nº Leito	Sala	Data	
Nome:				Registro nº	Data Baixa		
Procedimento Realizado				Cód. do Procedimento Realizado		Cód do Procedimento	
TIPO	DESCRIÇÃO	FOR	CONS	TIPO	DESCRIÇÃO	FOR	CONS
Amp	Adrenalina 1mg/ml			uni.	Fio Catgut Simples		
Amp/Fr	Água destilada 20ml/250ml			uni.	Fio Catgut Cromado		
Amp/Fr	Atracúrio 25mg/2,5ml / Rocurônio 50mg/5ml			uni.	Fio linho		
Amp	Atropina 0,5mg/ml / Neostigmina 0,5mg/ml			uni.	Fio Monofilam 2-0 c/ ag. cort. 2cm / ag 3		
Fr	Cefazolina 1000mg / Cefoxitina 1000mg			uni.	Fio Monofilam 3-0 c/ ag. cort. 2cm / 3cm		
Bisn	Nistatina Creme			uni.	Sonda Folley 2V nº 14 / 16 /		
				uni.	Sonda Nasogástrica nº18 / nº		
				uni.	Torneira 3 V		
				uni.	Tubo de Silicone Translúcido		
				uni.	Tubo Endotraq. Desc. c/ b 7,5 / 8,0		
				uni.	Sutura Cutânea		
uni.	Algodão laminado 20cm / Atadura de crepe 20 cm						
uni.	Agulha desc. 25x7 / 25x12						
uni.	Agulha desc. Epidural TOUHY G 17						
uni.	Agulha desc. P/raqueanest nº 25 / nº 27						
uni.	Clip de titaneo 300 / 400						
uni.	Curativo						
uni.	Eletrodos desc. Adulto p/ monitor			uni.	Clorhexidina Aquosa /Alcoólica		
uni.	Equipo simples / Equipo para irrigação			uni.	Clorhexidina Degermante		
uni.	Equipo cistoscopia / Microgotas			uni.	Compressa gase 10x10cm		
uni.	Extensor p/ aspiração 3m			uni.	Espadrapo 10cmx4,5 / Fita adesiva branca		
uni.	Extensor p/ inf. Sol. Parent. 120cm / 60cm			uni.	Luvas Hipoalergênicas		
uni.	Extensor 120 perfusor set			uni.	Luvas		
Cirurgião	CREMERS		Circulante		Anestesia	Tempo de Uso da Sala	
Cirurgião	CREMERS		Farmácia		Hora Início	Hora da Abertura	
Cirurgião	CREMERS		Protóxido Azoto	Oxigênio	Hora Término	Hora Término	
Anestesista	CREMERS		Entidade		Tipo de anestesia	Total	

TRANSOPERATÓRIO

INÍCIO CIRURGICO: _____ TÉRMINO CIRURGICO: _____

DEGERMAÇÃO: _____ ASSEPSIA: _____

PLACA DE CAUTÉRIO: INTEIRA BIPARTIDAL LOCAL: _____

TIPO DE CAUTÉRIO:

MONOPOLAR

BIPOLAR

LIGASURE

ULTRACISION

DECÚBITO: _____

COLCHÃO TÉRM.: _____

MANTA TÉRMICA

PROTEÇÃO OCULAR COM MICROPORE

COXINS

INCISÃO: _____

TRANSFUSÕES: ___ CHAD ___ PLASMA ___ PLAQUETAS ___ ISOCEL

PERDAS: _____

ANESTESIA

GERAL TUBO Nº MASCARA LARINGEA Nº: _____

BLOQUEIO () BSA () BPD INFILTRAÇÃO PELE: _____

CATETERES E SONDAS:

CATETER PERIFÉRICO Nº ___ LOCAL: _____ PAM LOCAL: _____

CATETER CENTRAL () MONOLÚMEN () DUPLOLÚMEN () PICC

() PORTO CATH LOCAL: _____

INFUNDINDO: _____ DROGAS: _____

DRENOS

TÓRAX () DIREITO MEDIASTINO PORTO-VAC PENROSE

() ESQUERDO TUBULAR OUTROS: _____

CURATIVO: _____

ANATOMO: _____ LABORATÓRIO: _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

RECUPERA NA SR RECUPERA NA UTI _____