

CHECK LIST DE CIRURGIA

Nome Completo:	Data Nasc.: / /
Procedimento:	Modalidade: () Eletiva () Urgência Data: / /

ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO CIRÚRGICO (Enfermeira)	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (CHECK IN) (Técnica de Enfermagem)		
<p>Pulseira de Identificação: () Sim () Não</p> <p>Prontuário completo: () Sim () Não</p> <p>Retirado próteses: () Dentária () Auditiva () Outras</p> <p>Retirado adornos: () Sim () Não</p> <p>Consentimento e avaliação anestésica: () Sim () Não</p> <p>Consentimento cirúrgico: () Sim () Não</p> <p>Preparo pré-operatório: () Sim () Não</p> <p>Antissepsia com Clorexidina: () Sim () Não</p>	<p>Ficha de avaliação de enfermagem: () Sim () Não</p> <p>Etiqueta de identificação: () Prontuário () Paciente</p> <p>Uso de antibiótico profilático: () Sim () Não</p> <p>Jejum: Início: _____: _____hs</p> <p>Exames: () Laboratoriais () Imagem () IOL Master () Risco Cirúrgico</p> <p>Sítio cirúrgico demarcado: () Sim () Não</p> <p>Enf^a. / Téc. Enf. _____</p>	<p>Confirmação sobre o paciente: () Identificação do paciente () Lente Intraocular () Procedimento a ser realizado () Consentimento anestésico e cirúrgico () Sítio cirúrgico identificado e correto</p> <p>Montagem da SO de acordo com o procedimento: () Sim () Não</p> <p>Revisão dos equipamentos de anestesia: () Sim () Não</p> <p>Revisão dos equipamentos de cirurgia: () Sim () Não</p>	<p>Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes: () Laringoscópio () Máscara de O2 () Fio Guia () Ambú () Aspirador () Guedel () Cânula endotraqueal</p> <p>Acesso venoso adequado e pérvio: () Sim () Não () AVC () AVP</p> <p>Informa Alergia: () Sim () Não</p> <p>Obs: _____</p> <p>Téc. Enf. _____</p>
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA (TIME OUT) (Técnica de Enfermagem)	ANTES DO CLIENTE SAIR DA SO (CHECK OUT) (Técnica de Enfermagem)		
<p>Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: 1º Cirurgião () Sim () Não 2º Cirurgião () Sim () Não Anestesista () Sim () Não Circulante () Sim () Não</p> <p>Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: () Identificação do paciente () Sítio cirúrgico () Procedimento a ser realizado</p> <p>Monitor cardíaco funcionando com: () PNI () SPO2 () ECG () Capnografia</p> <p>Placa de eletrocautério: () Sim () Não se aplica</p>	<p>Antissepsia: () PVPI () Clorexidina</p> <p>Fixação dos indicadores químicos no prontuário: () Sim () Não</p> <p>Fixação de etiqueta de LIO: () Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Intercorrências no Ato Cirúrgico () Sim () Não</p> <p>Téc. Enf. _____</p>	<p>Alteração de Procedimento Cirúrgico: () Sim () Não Qual? _____ _____ _____</p> <p>Peças anatômicas / culturas identificadas adequadamente e requisição preenchida: () Sim () Não () Não se aplica</p> <p>Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido: () Sim () Não</p>	<p>Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente: _____ _____ _____ _____</p> <p>Téc. Enf. _____</p>