

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Data de admissão: ____/____/____ Hora: ____:____h

Procedimento: _____

COLE A ETIQUETA AQUI

AVALIAÇÃO DE RISCO

Comorbidades: ☐ DM ☐ HAS ☐ Outras: _____

Alergias: ☐ Não ☐ Sim: _____

Avaliação de Risco: ☐ Queda ☐ Latéx ☐ LPP

Nível de consciência: _____ Jejum adequado: ☐ Sim ☐ Não

Preparo adequado: ☐ Sim ☐ Não

SINAIS VITAIS

PA: _____ FC: _____ FR: _____ TAX: _____

Dor: _____ Sat: _____

Observações:

Antes do Exame	Verificado	Não Verificado	Não aplicável	Notas
Confirmação Identificação do Paciente				
Confirmação do Procedimento				
Consentimento Informado				
Consentimento Informado Anestesia				
Prótese Dentária				
Presença de Acompanhante				
Antiagregantes/Anticoagulantes				

Hora do encaminhamento ao Centro Cirúrgico: ____:____

Hora da chegada ao Centro Cirúrgico: ____:____

TRANSOPERATÓRIO

Posição Operatória: ☐ Fowler ☐ Lateral D ☐ Lateral Esq ☐ Decúbito Dorsal ☐ Decúbito Ventral ☐ Genupeitoral
☐ Trendelemburg ☐ Sims ☐ Litotômica

Acesso venoso: ☐ Admitido com o setor: _____

☐ Periférico Nº Jelco: _____ Local: _____

☐ Central Local: _____

Identificação do frasco: _____

Peça Encaminhada: ☐ Laboratório ☐ Paciente

Após o Exame	Verificado	Não Verificado	Não aplicável	Notas
Requisição Exame Biópsia				
Recomendações Pós Alta				
Complicações do Exame				
Problemas Relacionados ao Equipamento				
Comunicação de Exames Alterados				
Medicação Utilizada	() Fentanil	() Midazolan	() Propofol	() Outros

PÓS-PROCEDIMENTO

CrITÉRIOS de Alta: Sinais vitais estáveis, nível de consciência e aceitação da dieta.

Nível de Consciência: _____

PA: _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **TAX:** _____

DOR: _____ **Sat:** _____

Aceitação do lanche: ☐ Sim ☐ Não

Conduta: _____

Liberado com acompanhante: ☐ Sim ☐ Não

Conduta: _____

Data: ____/____/____ **Hora:** ____:____

Ass. Enfermeiro(a) Setor de Origem

Ass. Enfermeiro(a) Centro Cirúrgico