

CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO

Hora: ____:____ min. Setor de Origem: ☐ Emergência ☐ Unidade de Internação ☐ CTI
 Nome completo do paciente: _____ Data do Procedimento: ____/____/____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Pulseira de Identificação: ☐ Sim ☐ Não Prescrição + BH: ☐ Sim ☐ Não TCI Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não
 Marcação de Lateralidade: ☐ Sim: ____ ☐ Não ☐ NA Nível: ☐ Cervical ☐ Torácico ☐ Lombar TCI Anestésico: ☐ Sim ☐ Não
 Exames de Imagem: ☐ Sim ☐ Não Ficha Anestésica: ☐ Sim ☐ Não
 Pulseira Roxa (alergia): ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ HGT: _____ Banho pré operatório: ☐ Sim ☐ Não
 Jejum: ☐ Sim ☐ Não Data e Hora do Início do Jejum: ____/____/____ às ____:____
 Procedimento: _____
 Risco de queda: ☐ Sim ☐ Não Precauções: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____
 Próteses (Dent/Adu): ☐ Sim ☐ Não Adornos: ☐ Sim ☐ Não Roupas íntimas: ☐ Sim ☐ Não Marcapasso: ☐ Sim ☐ Não
 Enfermagem: _____ Maqueiro: _____

ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Hora: ____:____ min. Avaliação de Elpo: _____
 Nome correto: ☐ Sim ☐ Não Avaliação de Morse: _____
 Pulseira de Identificação: ☐ Sim ☐ Não Prescrição + BH: ☐ Sim ☐ Não TCI Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não
 Marcação de Lateralidade: ☐ Sim ☐ Não ☐ NA Exames de Imagem: ☐ Sim ☐ Não TCI Anestésico: ☐ Sim ☐ Não
 Pulseira Roxa: ☐ Sim ☐ Não ☐ NA Ficha Anestésica: ☐ Sim ☐ Não
 Jejum: ☐ Sim ☐ Não Data e Hora do Início do Jejum: ____/____/____ às ____:____ Procedimento Cirúrgico Descrito: ☐ Sim ☐ Não
 Alergia a: _____
 Risco de queda: ☐ Sim ☐ Não Precauções: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____
 Próteses (Dent/Adu): ☐ Sim ☐ Não Adornos: ☐ Sim ☐ Não Roupas íntimas: ☐ Sim ☐ Não
 Enfermagem: _____

AValiação PRÉ-OPERATÓRIA /SIGN-IN

Confirmado nome do paciente: ☐ Sim ☐ Não
 Confirmado o tipo de procedimento: ☐ Sim ☐ Não
 Marcação de Lateralidade: ☐ Sim: ____ ☐ Não ☐ NA Nível: ☐ Cervical ☐ Torácico ☐ Lombar
 Checagem do Equipamento de Anestesia: ☐ Sim ☐ Não
 Oxímetro em funcionamento: ☐ Sim ☐ Não
 PA: ____ FC: ____ SPO2: ____ Peso: ____ Temp: ____ Dor: ____
 Exames complementares: ☐ USG ☐ RX
 Instrumentais e materiais disponíveis: ☐ Sim ☐ Não
 Alergia: ☐ Não ☐ Sim - Qual: _____
 Medicamentos disponíveis: ☐ Sim ☐ Não
 Via aérea difícil: ☐ Não ☐ Sim >>>> Disponibilizar equipamento de VAD
 Risco de Perda Sanguínea > 500ml: ☐ Não ☐ Sim >>>> Acesso Venoso Adequado
 Reserva de Sangue: ☐ Não ☐ Sim - Quantas? _____

AValiação INTRA-OPERATÓRIA/TIME-OUT

Hora de admissão na sala: ____:____ Hora da Anestesia: ____:____ Início do Procedimento: ____:____ Término do Procedimento: ____:____
 Confirmado Membros da Equipe pelo nome: ☐ Não ☐ Sim Cirurgião: _____ Anestesista: _____
 Confirmado o tipo de procedimento: ☐ Não ☐ Sim - Qual: _____
 Antibioticoprofilaxia: ☐ Não ☐ Sim >> Hora: ____:____ - Qual: _____ Repique? ☐ Sim ☐ Não ☐ NA ATB: _____ Hora: ____:____
 Marcação de Lateralidade: ☐ Sim: ____ ☐ Não ☐ NA Nível: ☐ Cervical ☐ Torácico ☐ Lombar
 Tricotomia Realizada: ☐ Sim ☐ Não ☐ NA
 Posição correta na mesa cirúrgica: ☐ Sim ☐ Não
 Posição Operatória: ☐ Fowler ☐ Lateral Direita ☐ Lateral Esquerda ☐ Decúbito Dorsal ☐ Decúbito Ventral ☐ Genupeitoral ☐ Trendelenburg ☐ Sims ☐ Litômica
 Uso do bisturi elétrico: ☐ Não ☐ Sim >>>> Localização da Placa: _____
 Tipo Anestesia: ☐ Sedação ☐ Local ☐ Geral ☐ Bloqueio ☐ Combinada ☐ Raqui-anestesia ☐ Peridural
 Classificação ASA: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

PÓS-OPERATÓRIO/SIGN-OUT

Houve alteração do procedimento realizado? ☐ Não ☐ Sim - Qual diagnóstico pós cirúrgico?: _____
 Contagem de compressas: ☐ Não ☐ Sim - Quantidade: _____ Contagem das gases: ☐ Sim ☐ Não Quantidade: _____
 Quantidade de instrumentais utilizados: _____
 Encaminhamento com introdutor arterial? ☐ Não ☐ Sim Infusão venosa identificada: ☐ Sim ☐ Não ☐ N/A
 Presença de hematoma? ☐ Não ☐ Sim Qual lateralidade? _____
 Peça anatômica identificada: ☐ Não ☐ Sim ☐ NA ☐ Entregue ao paciente ☐ Encaminhada ao Laboratório
 Curativos: ☐ Não ☐ Sim >>>> Local (is): _____
 Lesão por pressão/Queimadura: ☐ Não ☐ Sim Local: _____
 HGT: _____

CHECK LIST ENCAMINHADO AO SETOR

Check List Pós Operatório

DIREITO

ESQUERDO

☐ DVE ☐ Sonda Nasogástrica ☐ PVP em Jugular ☐ Subclávia ☐ Dreno Tórax ☐ Acesso Periférico Jelco Nº _____ ☐ PAM Radial/Curativo Radial ☐ Introdutor arterial Radial ☐ Fio Marcapasso ☐ Introdutor arterial Femural ☐ PAM Femural/Curativo Femural

☐ DVE ☐ TOT Nº _____ ☐ PVP em Jugular ☐ Cateter Peridural ☐ Subclávia ☐ Dreno Mediastino ☐ Dreno de Tórax ☐ Acesso Periférico Jelco Nº _____ ☐ PAM Radial/Curativo Radial ☐ Introdutor arterial Radial ☐ Introdutor arterial Femural ☐ PAM Femural/Curativo Femural ☐ Sonda Foley Nº _____ ☐ Colostomia

Curativos Datados: ☐ Sim ☐ NãoDrenos e Sondas Datados: ☐ Sim ☐ Não

COMPLEMENTOS

Exames Laboratoriais: ☐ Gasometria ☐ Outros ☐ Não se aplicaHemocombentes: ☐ CH ☐ Plasma ☐ Outros ☐ Não se aplica

Quantos: _____

DROGAS EM INFUSÃO

1-	4-
2-	5-
3-	6-

INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS

Intercorrências: ☐ Sim ☐ Não

Motivo: _____

INTERCORRÊNCIAS ANESTÉSICAS

Intercorrências: ☐ Sim ☐ Não

Motivo: _____

RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Controle dos Sinais Vitais: PA: _____ FR: _____ FC: _____ Sat: _____ TAX: _____ Dor (EVA): _____ Hora: _____: _____

Anotações de Enfermagem: _____

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de move os membros voluntariamente ou sob comando	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível pré-anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
SATURAÇÃO DE O2	É capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

Pontuação ALDRET: _____

Carimbo/Ass. Médico Anestesista

Carimbo/Ass. Médico Cirurgião

Carimbo/Ass. Enfermagem

Pertences Protocolados: ☐ Sim ☐ NãoImpressos Arrumados no Prontuário: ☐ Sim ☐ Não

Encaminhamento ao setor: _____ Horário de saída do Centro Cirúrgico: _____: _____

☐ Box: _____ ☐ Quarto: _____ Horário de Chegada: _____: _____ Paciente recebido por: _____

(Carimbo/Ass.)