



**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

---

# PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

---

## NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP

2023



**FCECON**  
FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA  
DO ESTADO DO AMAZONAS

Documento que padroniza a prática dos profissionais de saúde da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON, na realização, monitoramento e implementação de medidas para o protocolo de Cirurgia Segura em Pacientes.

<b>Data Emissão</b> JANEIRO/2023	<b>Data de Vigência</b> 2023/2025	<b>Próxima Revisão</b> JANEIRO/2025	<b>Revisão</b> 02
-------------------------------------	--------------------------------------	--	----------------------

<b>Elaborado por:</b>	<b>Verificado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	------------------------	----------------------



## SUMÁRIO

<b>1. FINALIDADE .....</b>	<b>4</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>4</b>
<b>3. ABRANGÊNCIA .....</b>	<b>5</b>
<b>4. DEFINIÇÕES.....</b>	<b>5</b>
4.1. Lista de Verificação .....	5
4.2. Demarcação de Lateralidade:.....	5
4.3. Condutor da Lista de Verificação .....	5
4.4. Segurança Anestésica .....	5
4.5. Equipe cirúrgica .....	5
<b>5. INTERVENÇÃO .....</b>	<b>6</b>
5.1. Antes da indução anestésica .....	6
5.2. Antes de iniciar a cirurgia (Pausa Cirúrgica).....	7
5.3. Antes do fechamento da cirurgia e Antes do Paciente sair da sala.....	7
<b>6. PROCEDIMENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>7</b>
6.1. Antes da indução anestésica .....	7
6.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica).....	9
6.3. Antes do paciente deixar a sala de cirurgia .....	11
<b>7. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>13</b>
A. CHECK LIST – ADMISSÃO – CENTRO CIRÚRGICO.....	14
B. DÉBITO DO CENTRO CIRÚRGICO .....	15
C. REGISTRO DE ENFERMAGEM TRANS OPERATÓRIO.....	16
D. CHECK LIST – RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA - SRPA.....	18
E. CHECK LIST DE PRONTUÁRIO DO CENTRO CIRÚRGICO.....	20
F. QUADRO DE CHECK LIST – CIRURGIA SEGURA .....	21



## 1. FINALIDADE

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS e ajustada a realidade da FCECON.

## 2. JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte.

Recentemente, o *Protocolo para Cirurgia Segura* foi estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVSC)

O objetivo dessa Lista de Verificação é fortalecer as práticas de segurança aceitas e promover a melhor comunicação e o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar. A Lista de Verificação consiste em uma ferramenta para ser usada pelos médicos interessados em melhorar a segurança de suas cirurgias e reduzir óbitos e complicações cirúrgicas desnecessários.

O objetivo do protocolo é aproveitar o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, incluindo as práticas de segurança anestésicas inadequadas, infecções de sítio cirúrgico preveníveis e a má comunicação entre membros da equipe. Estes têm sido, comprovadamente, os problemas comuns, mortais e evitáveis em todos os países e contextos.



### 3. ABRANGÊNCIA

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os pacientes que se submeterem a procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde da FCECON.

### 4. DEFINIÇÕES

**4.1. Lista de Verificação:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.

**4.2. Demarcação de Lateralidade:** demarcação de local ou locais a ser operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).

**4.3. Condutor da Lista de Verificação:** profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.

**4.4. Segurança Anestésica:** conjunto de ações realizadas pelo anestesiológico, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

**4.5. Equipe cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anestesiológicos, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.



## 5. INTERVENÇÃO

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS.

### Princípios de cirurgia segura.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases:

I - Antes da indução anestésica;

II - Antes de iniciar a cirúrgica; e

III - Antes do fechamento cirurgia e antes do paciente sair da sala

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. **Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.**

### 5.1. Antes da indução anestésica:

O condutor da Lista de Verificação deverá:

**5.1.1.** Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.

**5.1.2.** Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.

**5.1.3.** Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.

**5.1.4.** Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação.



**5.1.5.** Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.

**5.1.6.** Revisar verbalmente com o anesthesiologista, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

**5.1.7.** Confirmar reserva na UTI caso necessário

**5.1.8.** Verificar a antibioticoterapia em até 1 hora antes da incisão

**5.1.9.** Verificar possíveis alergias

## **5.2. Antes de iniciar a cirurgia (Pausa Cirúrgica)**

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

**5.2.1.** A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.

**5.2.2.** A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.

**5.2.3.** A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.

**5.2.4.** A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.

**5.2.5.** A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

## **5.3. Antes do fechamento da cirurgia e Antes do Paciente sair da sala**

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

**5.3.1.** A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.

**5.3.2.** A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

**5.3.3.** A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.

**5.3.4.** A revisão do prontuário.

## **6. PROCEDIMENTO OPERACIONAL**

### **6.1. Antes da indução anestésica**



A etapa - antes da indução anestésica - requer a presença do anestesiológico e da equipe de enfermagem. Segue o detalhamento de cada um dos procedimentos desta etapa:

#### **6.1.1. Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.**

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

#### **6.1.2. Demarcar o sítio cirúrgico**

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta demográfica.

O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

#### **6.1.3. Verificar a segurança anestésica**

O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiológico que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

#### **6.1.4. Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico**





Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

#### **6.1.5. Verificar alergias conhecidas**

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anesthesiologista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anesthesiologista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

#### **6.1.6. Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração**

O condutor deverá confirmar verbalmente com o anesthesiologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

#### **6.1.7. Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea**

O condutor deverá perguntar ao anesthesiologista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

### **6.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)**

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

#### **6.2.1. Identificar todos os membros da equipe**

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.



### **6.2.2. Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.**

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiológico e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

### **6.2.3. Verificar a previsão de eventos críticos**

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesiológico e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

### **6.2.4. Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea**

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

### **6.2.5. Revisar eventuais complicações anestésicas**

O anestesiológico deverá revisar o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc..

### **6.2.6. Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.**

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem-sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

### **6.2.7. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana**

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiológico) deverá realizar a confirmação verbal.

### **6.2.8. Verificar exames de imagem**



O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

### **6.3. Antes do paciente deixar a sala de cirurgia**

#### **6.3.1. Confirmar o nome do procedimento**

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

#### **6.3.2. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas**

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

#### **6.3.3. Confirmar a identificação da amostra**

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

#### **6.3.4. Documentar problemas com equipamentos**

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

#### **6.3.5. Rever o prontuário**

O condutor deverá checar se o prontuário do paciente está completo antes de enviar à enfermagem de destino.



## 7. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

- Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura;
- Taxa de Mortalidade intra-operatória;
- Taxa de adesão ao Protocolo de Profilaxia antimicrobiana.
- Incidência de erros de lateralidade/eventos adversos na cirurgia



## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA. Disponível em:  
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-cirurgia-segura>. Acessado EM 13/01/2023









### C. REGISTRO DE ENFERMAGEM TRANS OPERATÓRIO

#### REGISTRO DE ENFERMAGEM TRANS OPERATÓRIO

DATA - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_  
 EQUIPE:  
 ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ CIRCULANTE: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_

ENTRADA NA S.O - HORA: \_\_\_\_\_ PROVENIENTE: ( ) ENFERMARIA ( ) URGENCIA ( ) UTI

MONITORIZAÇÃO: PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SPO2 \_\_\_\_\_

INICIO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ HS

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA: ( ) SIM QUAL: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ( ) NÃO SE APLICA

TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) INALATORIA ( ) VENOSA ( ) SEDAÇÃO ( ) LOCAL ( ) RAQUIDIANA  
( ) PERIDURAL COM CATETER ( ) PERIDURAL SEM CATETER ( ) BLOQUEIO DE PLENO

HORA: \_\_\_\_\_ S SVV: PA: \_\_\_\_\_ SPO 2 \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_

7  
POSICIONAMENTO: ( ) DORSAL ( ) VENTRAL ( ) LATERAL DIRETA ( ) LATERAL ESQUERDA ( ) GINECOLOGICO

ASSEPSIA: PVPI: ( ) DEGERMANTE ( ) TÓPICO CLOREXIDINE: ( ) ALCOOLICA ( ) DEGERMANTE

INICIO DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_ HS TERMINO DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_ HS

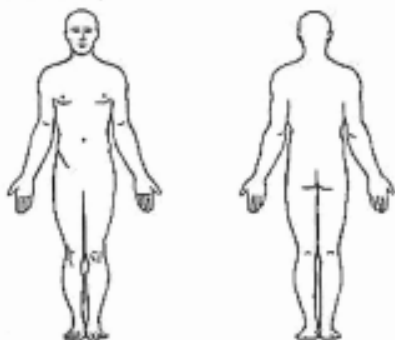
CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_ (registrar conforme descrição cirúrgica)

HORA: \_\_\_\_\_ S SVV: PA: \_\_\_\_\_ SPO 2 \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES INTRA OPERATÓRIAS: \_\_\_\_\_

BISTURI ELETRICO: MONOPOLAR ( ) BIPOLAR ( )

#### LOCALIZAÇÃO



#### LEGENDA

1. ELETRODOS
2. OXIMETRO DE PULSO
3. INCISÃO CIRURGICA
4. PLACA DE BISTURI
5. CATETER CENTRAL Nº \_\_\_\_\_
7. CATETER PERIFERICO Nº \_\_\_\_\_
8. DRENO \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_
9. PAM
10. PA NÃO INVASIVA
11. SVD Nº \_\_\_\_\_
12. SNG Nº \_\_\_\_\_ / ENTERAL Nº \_\_\_\_\_
13. COLOSTOMIA
14. DISSEÇÃO VENOSA
15. TQT Nº \_\_\_\_\_
16. GARROTE PNEUMATICO ( ) FAIXA SMARCH ( )  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_







**ENCAMINHAMENTO PARA LABORATÓRIO E ANATOMIA PATOLÓGICA**

Hora: \_\_\_\_\_ **BIOPSIA:** ( ) ANATOMIA PATOLÓGICA ( ) CITOLOGIA ( ) CULTURA/ANTIBIOGRAMA ( ) BIOPSIA DE CONGELAÇÃO. Quantidade de Peças retiradas: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ S SVV : PA: \_\_\_\_\_ SPO 2 \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ S SVV : PA: \_\_\_\_\_ SPO 2 \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_

**OFERECIDAS:**

COMPRESSAS 45 x 50	GAZES	AGULHAS

**RECOLHIDAS:**

COMPRESSAS 45 x 50	GAZES	AGULHAS

Intercorrências: \_\_\_\_\_

Volume Infundido: S.F \_\_\_\_\_ SRL \_\_\_\_\_ SG \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_

Hemoderivados: CH \_\_\_\_\_ PLASMA \_\_\_\_\_ PLAQUETAS \_\_\_\_\_ CRIO \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_

Tampão Vaginal : ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

Tampão Orofaringeo: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

Irrigação Contínua: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

CURATIVO CIRURGICO : ( ) OCLUSIVO ( ) ABERTO

HORA: \_\_\_\_\_ S SVV : PA: \_\_\_\_\_ SPO 2 \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_

HORA	MEDICAÇÕES	HORA	MEDICAÇÕES	ELIMINAÇÕES NA SALA	HORA	VOLUME
				VOMITO		
				DIURESE		
				SECREÇÕES		
				OUTROS		
				TOTAL		

**ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO - SIGN OUT**

Realizado Registro Completo do Procedimento pela Equipe: ( ) SIM ( ) NÃO

Realizado a Contagem de Compressas e Agulhas/ Perfuros Cortantes : ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

Amostra da Anatomia Patológica, Identificado, Colocado em formol 10 % e Lacrado corretamente : ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA.

HORA: \_\_\_\_\_ S SVV : PA: \_\_\_\_\_ SPO 2 \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_

DESTINO : ( ) SRPA ( ) UTI ( ) INTERNAÇÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO: ( ) PRONTUÁRIO COMPLETO ( ) EXAMES DE IMAGEM ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO \_\_\_\_\_ TEC. DE ENFERMAGEM \_\_\_\_\_ (ASSINATURA=CARIBEIO)





**D. CHECK LIST – RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA - SRPA**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM  
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTESICA – SRPA**

NOME: \_\_\_\_\_  
 IDADE \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA REALIZADA \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA:  GERAL  GERAL COMBINADA (BLOQUEIO)  
 LOCAL  PERIDURAL  
 BLOQUEIOS  RAQUE  
 ANESTESISTA DR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ADMINISTRAÇÃO 02 \_\_\_\_\_ Unid: \_\_\_\_\_  
 AR AMBIENTE  
 MACRONEBULIZAÇÃO  
 CATETER  
 OUTROS \_\_\_\_\_

MONITORIZAÇÃO:

ECG  OXIMETRIA  PA  PA INVASIVA  
 FOS / CÂNULAS  TQT  TORAX  SUCCÃO  PENROSE  DRENO WATHERM  
 GUEDEL  VESICAL  IRRIGAÇÃO CONTINUA  GASTRICA  ENTERAL  
 DAS

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

SEDADO  SONOLENTO  ACORDADO  CALMO  AGITADO

SSVV – POI de 15 em 15 minutos a cada hora

HORA	1ªHORA=	2ªHORA=	3ªHORA=	4ªHORA=	5ªHORA=
TEMP					
FC:					
RESP					
SPO2					
PA					
DOR					

**MENSURAÇÃO DA DOR**

**Escala numérica de intensidade da dor**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Dor moderada Dor intensa

**Escolha a expressão que melhor descreve a sua dor**

Não dói Dói bem pouco Dói um pouco mais Dói ainda mais Dói bastante Dói demais





## E. CHECK LIST DE PRONTUÁRIO DO CENTRO CIRÚRGICO

### Check-list de Prontuário CC

Encaminhamento para:  uti  Setor de Internação

- Descrição Cirúrgica
- Boletim de Anestesia
- Prescrição Médica 2 Vias
- Histopatológico
- Citopatológico
- Receita de Tóxico
- Exames { Imagem    
 { Laboratórias  }
- Ficha de Antibiótico
- Débito Cirúrgico
- OPME
- Evolução de Enfermagem do Trans Operatório

DATA: \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_

TÉC. DA ENFERMARIA: \_\_\_\_\_





### F. QUADRO DE CHECK LIST – CIRURGIA SEGURA

## CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA

PACIENTE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_

CONSENTIMENTO: SIM  NÃO

DIA	INÍCIO	TÉRMINO
/ /	: :	: :

**MARCAÇÃO DO LOCAL**

D - DIREITO  
E - ESQUERDO  
B - BILATERAL  
NA - NÃO APLICÁVEL

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

RESERVA DE UTI

CARRO DE ANESTESIA CHECADO

MONITORIZAÇÃO ADEQUADA

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA

ANTIBIÓTICO EM ATÉ 1 HORA ANTES DA INCISÃO

ALERGIA À \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL

OBS: \_\_\_\_\_

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

EQUIPE DE SALA COMPLETA  
(ANESTESISTA, CIRURGIÃO, ENFERMAGEM)

LOCAL DA CIRURGIA DEMARCADO

EQUIPAMENTOS EM FUNCIONAMENTO

MATERIAIS COMPLETOS

EXAMES COMPLEMENTARES

PONTOS CRÍTICOS \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

ANTES DO FECHAMENTO DA CIRURGIA

**CONTAGEM DE COMPRESSAS:**

SIM  NÃO

GAZES: SIM  NÃO

AGULHAS: SIM  NÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

PEÇAS PARA ANATOMIA PATOLÓGICA

SOROS, DRENOS E ACESSOS LIVRES CHECADOS

EQUIPAMENTO COM PROBLEMA

PRONTUÁRIO COMPLETO

RESPONSÁVEL PELO PAINEL

ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_

LEGENDA

NÃO VERIFICADO     SIM APLICÁVEL     NÃO APLICÁVEL

