

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.049 – Página 1/7	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 12/09/2023	Próxima revisão: 12/09/2025
		Versão: 02	

1. OBJETIVOS

- Atender a meta internacional de Segurança identificando corretamente os Pacientes, respaldados pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Garantir a correta identificação do paciente em todos as etapas de atendimento no centro cirúrgico, incluindo: identificação da maca, sala cirúrgica, *checklist* de materiais para procedimento cirúrgico, prontuário, exames, relatórios realizados no AGHUX, lista de Verificação de Cirurgia Segura - Sala Cirúrgica Segura;
- Reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados.

2. MATERIAL

- Instrumento de identificação digitado e/ou preenchido (letra legível);
- Caneta esferográfica de cor azul ou preta;
- Relógio;
- Mapa cirúrgico diário com todos os dados do paciente;
- Prontuário com todos os exames e documentação do paciente;
- Impresso com dados do paciente para identificar: maca, sala cirúrgica, *checklist* de materiais para procedimento cirúrgico, lista de Verificação de Cirurgia Segura - Sala Cirúrgica Segura (**Apêndices**).

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- I. Conferir o mapa cirúrgico diário com os impressos de identificação do paciente;
- II. Higienizar as mãos (*PRT nº 01 da CCIRAS*);
- III. Receber o paciente cordialmente com respeito, identificando-o e se identificando;
- IV. Confirmar a identificação do paciente com ele, familiar e/ou acompanhante quando houver e pulseira de identificação;
- V. Verificar prontuário, ficha de transferência e exames anexos do paciente, registrando o protocolo específico;
- VI. Confirmar a realização dos procedimentos pré-operatórios indicados para a cirurgia proposta, tais como: jejum, tricotomia, retirada de prótese dentária e adornos (anéis, aliança, brincos, piercing, pulseiras, correntes...), alergia medicamentosa

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.049 – Página 2/7	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 12/09/2023 Versão: 02	Próxima revisão: 12/09/2025

e/ou alimentos, acesso venoso periférico calibroso e com bom fluxo, lateralidade e todos os itens do protocolo de cirurgia segura;

- VII. Realizar identificação do paciente (*PRT nº 01 do CP-NSP*);
- VIII. Ao receber o paciente na RPA, a equipe de enfermagem, deve apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto à finalidade da sua identificação, afixar o instrumento com os dados padronizados na maca do paciente, indagando ao paciente e/ou acompanhante e conferindo no prontuário;
- IX. Higienizar as mãos (*PRT nº 01 da CCIRAS*);
- X. Realizar orientação aos familiares e/ou acompanhante sobre a importância da checagem dos dados e a manutenção da identificação;
- XI. Conferir a identificação ao realizar os cuidados de enfermagem;
- XII. Caso a identificação apresente algum dano durante o período de internação do paciente, a equipe de enfermagem deverá realizar a troca com dupla checagem;
- XIII. Encaminhar o paciente para sala cirúrgica em maca devidamente identificada, juntamente com o prontuário e impressos.

Observações:

- Estabelecer cultura de segurança no ambiente hospitalar, sendo que o enfermeiro deve se responsabilizar pela manutenção da rotina de identificação e checagem corretas.
- Toda equipe multiprofissional deve checar os dados antes de qualquer atendimento ou procedimento.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo de identificação do paciente**. PROQUALIS. Maio de 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas recomendadas SOBECC**. 8ª edição. São Paulo: SOBECC, 2018.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.049 – Página 3/7	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 12/09/2023 Versão: 02	Próxima revisão: 12/09/2025

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	12/06/2020	Elaboração do Procedimento/rotina
02	20/07/2023	Revisão do documento, com adequação de layout.

Elaboração Rafael Henrique Silva Eliane Bergo de Oliveira de Andrade Mara Lourenço Vermieiro	Data: 12/06/2020
Revisão Mara Lourenço Vermieiro	Data: 20/07/2023
Validação Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data: 01/08/2023
Aprovação Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 12/09/2023

Assinado Eletronicamente no Processo SEI nº 23529.008707/2022-24

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.049 – Página 4/7	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 12/09/2023	Próxima revisão: 12/09/2025
		Versão: 02	

APÊNDICE A - IDENTIFICAÇÃO DA MACA

CENTRO CIRURGICO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Paciente:
Procedimento:
Cirurgião:
Idade:
ALERGIA: _____

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.049 – Página 5/7	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 12/09/2023	Próxima revisão: 12/09/2025
		Versão: 02	

APÊNDICE B - IDENTIFICAÇÃO DA SALA CIRÚRGICA

SALA OPERATÓRIA:	
CLIENTE:	
PROCEDIMENTO:	
IDADE:	
CIRURGIÃO:	
ANESTESISTA:	
ANESTESIA:	
DATA:	

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.049 – Página 6/7	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 12/09/2023 Versão: 02	Próxima revisão: 12/09/2025

APÊNDICE C - CHECKLIST DE MATERIAIS PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CHECK LIST DE MATERIAIS PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO			
MATUTINO			
Paciente:	Cirurgião:		
Procedimento:			<input type="checkbox"/> incompleto
Tipo de anestesia:	<input type="checkbox"/> completo	<input type="checkbox"/> incompleto	
Idade:			
Se incompleto, listar abaixo os materiais faltantes			
Data:	Assinatura e carimbo do responsável		

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.049 – Página 7/7	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO NA ADMISSÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 12/09/2023	Próxima revisão: 12/09/2025
		Versão: 02	

APÊNDICE D - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - SALA CIRÚRGICA SEGURA

Paciente:	Idade:
Procedimento:	Prontuário:
Cirurgião:	Data:

Lista de Verificação de Cirurgia Segura – SALA CIRÚRGICA		
<p>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</p> <p>O paciente e/ ou acompanhante confirmou sua identidade, o procedimento a ser realizado, local da cirurgia e seu consentimento?</p> <input type="checkbox"/> SIM <p>O local está demarcado (lado/nível)?</p> <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM <p>Antimicrobiano profilático administrado?</p> <input type="checkbox"/> SIM. Antes da incisão, às ____:____h <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <p>Oxímetro de pulso no paciente e funcionando</p> <p>Alergia conhecida? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. A quê? _____</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, equipamento e assistência disponível <p>Alimentou-se pela última vez às ____:____h</p> <p><input type="checkbox"/> Verificação de segurança anestésica concluída</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg em crianças)?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <p><input type="checkbox"/> Equipamentos/OPME disponíveis <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>_____</p> <p>Carimbo e assinatura do anestesista</p>	<p>Time Out - ANTES DA INCISÃO (equipe paramentada)</p> <p>Equipe médica - cirurgião/residente confirma:</p> <input type="checkbox"/> Todos os membros da equipe se conhecem.(Se há algum estudante ou colaborador novo peça que se apresente com seu nome e função); <input type="checkbox"/> Confirmação do nome do paciente, procedimento e sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Confirmação de antimicrobiano profilático administrado entre 30-60min antes da incisão; <p>Há alguma preocupação específica relacionada ao paciente?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM _____ <p><input type="checkbox"/> Todos esclarecidos e de acordo, iniciando o procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> Assinalar este campo caso haja alguma recusa na participação. (Comunicar a chefia)</p> <p>_____</p> <p>Carimbo e assinatura do cirurgião/residente</p>	<p>ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE</p> <p>Cirurgião confirma:</p> <p>O procedimento efetuado foi _____</p> <p>Instrumentador confirma:</p> <input type="checkbox"/> Contagem de compressas, gases, agulhas e instrumentais estão corretos; <p>Equipe de Enfermagem (circulante de sala) confirma:</p> <input type="checkbox"/> Identificação certa de anátomo-patológico: nome do paciente, nº prontuário, data de nascimento e descrição da amostra. <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> Se houve instrumentais ou equipamentos que não funcionaram corretamente _____ <p>Cirurgião, Anestesista e Enfermagem revisam o plano de recuperação e manejo pós-operatório (PO):</p> <p>Houve eventos intra-operatórios ou anestésicos que apresentam risco específico ao paciente no PO?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <p>Alguma orientação à equipe para a recuperação cirúrgica ou anestésica?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (descrito na ficha de anestesia/cirurgião) <p><input type="checkbox"/> Verificados, verbalmente, todos os passos desta lista com os membros adequados da equipe para assegurar padrões apropriados de assistência a este paciente.</p> <p>_____</p> <p>Carimbo e assinatura da enfermagem</p>