

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 1/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |

1. OBJETIVOS

- Prestar assistência de Enfermagem humanizada no momento da admissão do paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), reduzindo ao máximo os riscos inerentes ao ambiente e ao ato anestésico cirúrgico;
- Realizar monitorização constante e controle da evolução do paciente.

2. MATERIAL

- Monitor multiparâmetros e acessórios;
- Termômetro e glicosímetro;
- Relógio, caneta, carimbo;
- Cobertores e lençóis;
- Materiais de consumo/insumos;
- Medicações;
- Aspirador portátil/vácuo;
- Fonte de oxigênio e ar comprimido;
- Máscara de oxigênio, cateter de O₂, umidificador, látex,
- Prontuário completo: prescrição médica, ficha de transferência com o registro dos sinais vitais do paciente e parâmetros a serem avaliados (Aldrete e Kroulik) para adultos e (Steward) para crianças, lista de verificação de segurança cirúrgica e exames.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- 1º. Registrar horário da chegada do paciente na SRPA;
- 2º. Conferir a identificação do paciente (*PRT.CP-NSP.001*);
- 3º. Realizar trocas de informações com a equipe da sala cirúrgica, concernente ao transoperatório;
- 4º. Higienizar as mãos (*PRT.CCIRAS.001*);
- 5º. Monitorar, observar e registrar as condições clínicas do paciente na chegada: estado de consciência e atividade, frequência respiratória, expansibilidade torácica, pulso/frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e saturação de O₂;

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 2/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |

- 6º. Manter vias aéreas permeáveis, instalar suporte de oxigênio se oximetria periférica < 92%;
- 7º. Verificar sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos;
- 8º. Minimizar fatores de estresse, orientar paciente sobre término da cirurgia, garantir sua privacidade e zelar por sua segurança;
- 9º. Realizar exame físico;
- 10º. Iniciar aplicação do índice de Aldrete e Kroulik para pacientes adultos e índice de Sterward em crianças, para estabelecer os critérios de alta da SRPA;
- 11º. Verificar condições do curativo, em caso de sangramento excessivo comunicar o cirurgião;
- 12º. Manter a permeabilidade de cateteres, sondas e drenos;
- 13º. Observar queixas algicas, náuseas e êmese, comunicar anestesista;
- 14º. Promover conforto e bem-estar ao paciente;
- 15º. Realizar balanço hídrico caso necessário;
- 16º. Realizar exame glicemia capilar, se necessário;
- 17º. Comunicar ao anestesista qualquer intercorrência observada;
- 18º. Administrar medicações conforme prescrição do anestesista ou conforme prescrição do cirurgião, após realizar registro, caso utilize a prescrição do cirurgião informar o horário da administração também na prescrição;
- 19º. Registrar no prontuário toda e qualquer intercorrência apresentada pelo paciente, bem como a conduta tomada;
- 20º. Conferir o prontuário do paciente se consta todos os impressos e exames trazidos, que deu entrada para cirurgia;
- 21º. Solicitar avaliação e registro de alta da SRPA pelo anestesista (horário, assinatura e carimbo);
- 22º. Observar e registrar condições clínicas do paciente no momento da alta e do encaminhamento;
- 23º. Registrar horário de saída do paciente da SRPA;
- 24º. Proceder limpeza do monitor e acessórios utilizados na assistência ao paciente, utilizando compressa umedecida com Biguanida;
- 25º. Organizar o setor;
- 26º. Higienizar as mãos (PRT.CCIRAS.001).

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 3/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |

4. REFERÊNCIAS

OMS. Organização Mundial da Saúde (World Health Organization). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/iara.andrade/Downloads/Manual_cirurgia_segura.pdf.

POPOV, Débora Cristina Silva; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 953-961, Dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400030&lng=en&nrm=iso.

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.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO


| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO |
|--------|------------|--|
| 01 | 20/05/2017 | Elaboração do Procedimento/rotina |
| 02 | 27/08/2020 | Atualização das referências, readequação ao novo modelo. |

| | |
|---|--------------------------------------|
| Elaboração Babiton Luiz Patias Trein Patrícia Lopes de Freitas Siqueira | Data: 20/05/2017 |
| Revisão Eliane Bergo de Oliveira de Andrade Rafael Henrique Silva | Data: 20/07/2023 |
| Análise Fernanda Raquel Ritz Araújo Alencar – RT e chefe da Divisão de Enfermagem | Data: 11/08/2022 |
| Validação Fuad Fayez Mahmoud - STGQ | Data: 01/08/2023 |
| Aprovação Mara Lourenço Vermieiro – Chefe da UBCME Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde | Data: 20/07/2023 Data: 12/09/2023 |

Assinado eletronicamente no Processo SEI n 23529.008707/2022-24.

| | | | |
|---------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 4/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |

ANEXO A - TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA UNIDADE INTERNAÇÃO AO BLOCO CIRÚRGICO

|  | |
|--|--|
| APÊNDICE C - TRANSFERÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA ADULTO | |
| PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, NA ADMISSÃO DO PACIENTE PARA CIRURGIA ELETIVA OU, APÓS A INDICAÇÃO CIRÚRGICA DE PACIENTES JÁ INTERNADOS. | |
| Identificação | Nome completo: _____ |
| | Prontuário: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ |
| | Unidade de internação/origem do encaminhamento: _____ Leito: _____ |
| | Pulseira: () SIM, identificação completa, correta e legível. <i>Se necessário, solicite impressão na recepção.</i> |
| Situação | Procedimento: _____ Cirurgião: _____ |
| | Data da cirurgia: ____/____/____ Hora da cirurgia: _____ () Eletiva () Urgência |
| | TCLE Anestésico () SIM () NA Antibiótico Profilático prescrito no prontuário? () SIM () NA <i>Caso não esteja, solicitar prescrição ao plantonista/residente.</i> |
| | TCLE Cirúrgico () SIM Risco cirúrgico () SIM () NA <i>Obs:</i> _____ () Emergência, providenciar. () ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V <i>Encaminhar apenas se o TCLE estiver assinado no prontuário, exceto se emergência. Preencher a classificação conforme registro do risco cirúrgico.</i> |
| Documentos encaminhados: () prontuário físico com registro atual de anamnese e exame físico () Raio-X () ECG () USG () TC () RNM () Exames laboratoriais () Outros - quais: _____ | |
| Breve Histórico | Isolamento/Precaução: () SIM () NÃO Qual: () Aerossóis () Gotículas () Contato |
| | ALERGIA: () SIM () NÃO Qual: _____ |
| | Reserva de Sangue (quando solicitada no planejamento cirúrgico): Solicitada reserva no banco de sangue: () SIM () NA Coletado tipagem/prova cruzada: () SIM () NA |
| | Comorbidades: _____ Reserva de UTI: () SIM () NA |
| Se mulher em idade fértil, está gestante ou suspeita de gestação? () NÃO () NA () SIM, comunicar equipe. | |
| Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____ | |
| PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, MINUTOS ANTES DO ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRÚRGICO. | |
| Avaliação | Sinais Vitais PA: _____ x _____ mmHg T _____ °C FR: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % |
| | Jejum () Desde _____ horas de ____/____/____ Banho: () Sim (0-2 horas antes) () Sem indicação |
| | Tricotomia () Sim, até 2 horas antes () Sem necessidade |
| | Diurese () Esvaziamento vesical () Uso de fralda |
| | Acessórios () Retirado próteses () Retirado adornos () Retirado roupa íntima |
| | Acesso venoso () Cateter periférico em: _____ () Cateter central em: _____ () Acessos identificados () Acessos pérvios () Soluções de infusão identificadas |
| | Drogas em uso Drogas vasoativas e/ou Sedativas: Droga: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Vazão: _____ Antibióticos em uso: Antibiótico _____ Hora da última administração _____ |
| | Hipoglicemiantes () Anticoagulantes () <i>*Verificar com o médico a necessidade de suspensão.</i> |
| Transporte () maca/cama com grades elevadas () cadeira de rodas - <i>somente em casos de anestesia local</i> | |
| Recomendações: _____ | |
| Encaminhado ao bloco cirúrgico: ____/____/____ _____: _____ horas Por: _____ | |
| Publicação: Resolução nº 039, de 02 de março de 2023 – Boletim de Serviço nº 337, de 03 de março de 2023. | |

| | | | |
|---------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 5/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |

TRANSFERÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA ADULTO

PREENCHIMENTO PELA SALA CIRÚRGICA ANTES DO ENCAMINHAMENTO À SRPA

Procedimento Realizado: _____

Tipo de Anestesia: () Geral () Raqui () Local () Outra _____

Complicações/Intercorrências () NÃO () SIM, descreva: _____

Sedativos: Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Drogas Vasoativas: Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Obs: Sempre que possível, manter vazão da admissão no Centro Cirúrgico.

PREENCHIMENTO PELA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ENFERMAGEM

() Curativo: Local _____ Cuidados: _____

() Dreno: Tipo _____ Local _____ Nº _____ Cuidados _____

() TOT ou () TQT Nº _____ FIO2: _____ % PEEP _____

() SNG Nº _____ () SNE Nº _____ () SVD Nº _____ () IRRIGAÇÃO VESICAL

() Uso da Pulseira com Identificação correta e legível (identificação do paciente)

() Prontuário completo (exames, prescrição médica)

() Grades da maca/cama ELEVADAS () Cadeira de rodas

() TODOS os dispositivos inseridos identificados () Acessos venosos pérvios () Soluções de Infusão Identificadas

Última ANALGESIA administrada Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

Último ANTIEMÉTICO administrado Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

| CONTROLES | Hora | PA | FC | FR | SpO2 | T °C | Dor (0-10) | Assinatura |
|-----------|------|----|----|----|------|------|------------|------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: __/__/__

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ANESTESISTA

| ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK – ADULTOS | | Valor | Adm. | 30' | 60' | 120' |
|---------------------------------------|---|-------|------|-----|-----|------|
| | | | | | | |
| Atividade Motora sob comando | Capaz de mover os 4 membros | 2 | | | | |
| | Capaz de mover os 2 membros | 1 | | | | |
| | Incapaz de mover os membros | 0 | | | | |
| Respiração | Respira ou tosse livremente | 2 | | | | |
| | Dispneia ou limitação da respiração | 1 | | | | |
| | Apneia | 0 | | | | |
| Circulação | PA 20% do nível pré-anestésico | 2 | | | | |
| | PA 20% - 49% do nível pré-anestésico | 1 | | | | |
| | PA 50% do nível pré-anestésico | 0 | | | | |
| Consciência | Lúcido, orientado ao tempo e espaço | 2 | | | | |
| | Desperta se solicitado | 1 | | | | |
| | Não responde | 0 | | | | |
| Saturação de O2 | Maior que 92% respirando em ar ambiente | 2 | | | | |
| | Necessita O2 para manter SAT. maior 90% | 1 | | | | |
| | Menor que 90% com O2 suplementar | 0 | | | | |
| TOTAL | | | | | | |



Recomendações Médicas: _____

Anestesista: _____


Encaminhado por: _____ Data: __/__/__ Hora: _____ Para a unidade: _____

| | | | |
|---------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 6/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |

ANEXO B - TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA UNIDADE PEDIÁTRICA AO BLOCO CIRÚRGICO

|  | |
|--|--|
| APÊNDICE D - TRANSFERÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA PEDIÁTRICA/NEONATAL  | |
| PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, NA ADMISSÃO DO PACIENTE PARA CIRURGIA ELETIVA OU, APÓS A INDICAÇÃO CIRÚRGICA DE PACIENTES JÁ INTERNADOS. | |
| Identificação | Nome completo: _____ |
| | Nome da mãe: _____ |
| | Prontuário: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ |
| | Unidade de internação/origem do encaminhamento: _____ Peso: _____ |
| | Pulseira: () SIM, identificação completa, correta e legível. Se necessário, solicite impressão na recepção. |
| Situação | Procedimento: _____ Cirurgião: _____ |
| | Data da cirurgia: ____/____/____ Hora da cirurgia: _____ () Eletiva () Urgência |
| | TCLE Anestésico () SIM () NA Antibiótico Profilático prescrito no prontuário? () SIM () NA Caso não esteja, solicitar prescrição ao plantonista/residente. |
| | TCLE Cirúrgico () SIM () Emergência, providenciar. Encaminhar apenas se o TCLE estiver assinado no prontuário, exceto se emergência. Risco cirúrgico () SIM () NA Obs: _____ () ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V Preencher a classificação conforme registro do risco cirúrgico. |
| | Documentos encaminhados: () prontuário físico com registro atual de anamnese e exame físico () Raio-X () ECG () USG () TC () RNM () Exames laboratoriais () Outros - quais: _____ |
| Breve Histórico | Isolamento/Precaução: () SIM () NÃO Qual: () Aerossóis () Gotículas () Contato |
| | ALERGIA: () SIM () NÃO Qual: _____ |
| | Reserva de Sangue (quando solicitada no planejamento cirúrgico): Solicitada reserva no banco de sangue: () SIM () NA Coletado tipagem/prova cruzada: () SIM () NA |
| | Comorbidades: _____ Reserva de UTI: () SIM () NA |
| Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____ | |
| PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, MINUTOS ANTES DO ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRÚRGICO. | |
| Avaliação | Sinais Vitais PA: _____ x _____ mmHg T _____ °C FR: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % |
| | Jejum () Desde _____ horas de ____/____/____ Banho: () Sim (0-2 horas antes) () Sem indicação |
| | Tricotomia () Sim, até 2 horas antes () Sem necessidade |
| | Diurese () Esvaziamento vesical () Uso de fralda () Retirado roupa íntima |
| | Acesso venoso () Cateter periférico em: _____ () Cateter central em: _____ () Acessos identificados () Acessos pérvios () Soluções de infusão identificadas |
| | Drogas em uso Drogas vasoativas e/ou Sedativas: _____ Antibióticos em uso: _____ Droga: _____ Vazão: _____ Antibiótico _____ Hora da última administração _____ Droga: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Vazão: _____ |
| | Hipoglicemiantes () Anticoagulantes () *Verificar com o médico a necessidade de suspensão. |
| | Transporte () Grades da maca elevadas ou; berço com laterais elevadas () Incubadora com portinholas travadas () cadeira de rodas - somente em casos de anestesia local |
| Recomendações: _____ | |
| Encaminhado ao bloco cirúrgico: ____/____/____ : _____ horas Por: _____ | |

| | | | |
|---------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 7/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |



TRANSFERÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA PEDIÁTRICA/NEONATAL

PREENCHIMENTO PELA SALA CIRÚRGICA ANTES DO ENCAMINHAMENTO À SRPA

Procedimento Realizado: _____

Tipo de Anestesia: () Geral () Raqui () Local () Outra _____

Complicações/Intercorrências () NÃO () SIM, descreva: _____

Sedativos: Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Drogas Vasoativas: Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Obs: Sempre que possível, manter vazão da admissão no Centro Cirúrgico.

PREENCHIMENTO PELA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ENFERMAGEM

() Curativo: Local _____ Cuidados: _____

() Dreno: Tipo _____ Local _____ Nº _____ Cuidados _____

() TOT ou () TQT Nº _____ FIO2: _____ % PEEP _____

() SNG/SOG Nº _____ () SNE Nº _____ () SVD Nº _____

() **Uso da Pulseira com Identificação correta e legível (identificação do paciente)**

() Prontuário completo (exames, prescrição médica)

() Incubadora com portinholas TRAVADAS () Maca/berço com grades ou laterais ELEVADAS

() TODOS os dispositivos inseridos identificados () Acessos venosos prévios () Soluções de Infusão Identificadas

Última ANALGESIA administrada Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

Último ANTIEMÉTICO administrado Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

| CONTROLES | Hora | PA | FC | FR | SpO2 | T °C | Dor (0-10) | Assinatura |
|-----------|------|----|----|----|------|------|------------|------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: __/__/____

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ANESTESISTA

| ÍNDICE DE STEWARD PEDIÁTRICO | Vias Aéreas | Nível de Consciência | Movimentação | TOTAL | Valor | Adm. | 30 | 60 | 120 |
|--|-------------|----------------------|--------------|-------|----------------|------|----|----|-----|
| | | | | | Tosse ou chora | 2 | | | |
| Apresenta boa manutenção | 1 | | | | | | | | |
| Respira facilmente | 0 | | | | | | | | |
| Requer manutenção de O2 | 2 | | | | | | | | |
| Está desperto | 1 | | | | | | | | |
| Responde a estímulos verbais ou táteis | 0 | | | | | | | | |
| Não responde | 2 | | | | | | | | |
| Movimenta membros intencionalmente | 1 | | | | | | | | |
| Faz movimentos não-intencionais | 0 | | | | | | | | |
| Não se movimenta | | | | | | | | | |

Recomendações Médicas: _____

ANESTESISTA: _____

Encaminhado por: _____ Data: __/__/____ Hora: _____ Para a unidade: _____

| | | | |
|---------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.UBCME.051 – Página 8/8 | |
| Título do Documento | Admissão e Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) | Emissão: 11/09/2023 | Próxima revisão: 11/09/2025 |
| | | Versão: 02 | |

ANEXO C - CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA HU-UFGD/EBSERH

| | |
|---------------|-------------|
| Paciente: | Idade: |
| Procedimento: | Prontuário: |
| Cirurgião: | Data: |

Lista de Verificação de Cirurgia Segura – SALA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

O paciente e/ ou acompanhante confirmou sua identidade, o procedimento a ser realizado, local da cirurgia e seu consentimento?

SIM

O local está demarcado (lado/nível)?

NÃO SE APLICA

SIM

Antimicrobiano profilático administrado?

SIM. Antes da incisão, às ____:____h NÃO SE APLICA

Oxímetro de pulso no paciente e funcionando

Alergia conhecida? NÃO SIM. A quê? _____

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

NÃO

SIM, equipamento e assistência disponível

Alimentou-se pela última vez às ____:____h

Verificação de segurança anestésica concluída

Há risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg em crianças)?

NÃO

SIM

Equipamentos/OPME disponíveis NÃO SE APLICA

Carimbo e assinatura do anestesista

Time Out - ANTES DA INCISÃO

(equipe paramentada)

Equipe médica - cirurgião/residente confirma:

Todos os membros da equipe se conhecem. (Se há algum estudante ou colaborador novo peça que se apresente com seu nome e função);

Confirmação do nome do paciente, procedimento e sítio cirúrgico

Confirmação de antimicrobiano profilático administrado entre 30-60min antes da incisão;

Há alguma preocupação específica relacionada ao paciente?

NÃO SIM _____

Todos esclarecidos e de acordo, iniciando o procedimento

Assinalar este campo caso haja alguma recusa na participação. (Comunicar a chefia)

ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE

Cirurgião confirma:

O procedimento efetuado foi _____

Instrumentador confirma:

Contagem de compressas, gazes, agulhas e instrumentais estão corretos;

Equipe de Enfermagem (circulante de sala) confirma:

Identificação certa de anátomo-patológico: nome do paciente, nº prontuário, data de nascimento e descrição da amostra. NÃO SE APLICA

Se houve instrumentais ou equipamentos que não funcionaram corretamente _____

Cirurgião, Anestesista e Enfermagem revisam o plano de recuperação e manejo pós-operatório (PO):

Houve eventos intra-operatórios ou anestésicos que apresentam risco específico ao paciente no PO?

NÃO SIM

Alguma orientação à equipe para a recuperação cirúrgica ou anestésica?

NÃO SIM (descrito na ficha de anestesia/cirurgião)

Verificados, verbalmente, todos os passos desta lista com os membros adequados da equipe para assegurar padrões apropriados de assistência a este paciente.

Carimbo e assinatura da enfermagem