

Checklist de Cirurgia Obstétrica Segura

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____ Prontuário: _____
 Data: ____/____/____ Hora: _____ Sala: _____ Peso: _____ Procedimento: Curetagem AMIU LE Cerclagem Cesariana Reabordagem

Antes da indução anestésica

Paciente com pulseira com nome completo e DN?
 Sim Não Paciente sem pulseira
 Confirmada a identificação com o paciente/responsável e checado com a pulseira nome completo e DN? Sim Não NA
 Paciente tomou banho? Sim Não NA
 Presença de acompanhante? Sim Não NA
 Escala de Robson: [_____]
 Teste rápido: HIV Sim Não Resultado.: _____
 HbsAg Sim Não Resultado.: _____
 VDRL Sim Não Resultado.: _____
 Paridade G: ____ P: ____ A: ____ Idade Gestacional: _____

Indicação cirúrgica: _____
 TCLE assinados? **Cirurgia:** Sim Não // **Anestesia:** Sim Não NA
 Uso de prótese/órtese/marcapasso/adorno?

Sim _____ Não _____
 Alergias? Sim _____ Não _____
 Se sim, veio com pulseira de identificação? Sim Não
 Checagem de segurança dos equipamentos anestésicos?
 Sim Não NA
 Em jejum? Sim, hora da última refeição: _____ Não NA

Materiais e equipamentos

Os materiais, equipamentos e fios cirúrgicos estão checados de acordo com a cirurgia? Sim Não NA

a) Há risco de perda sanguínea? Sim Não
 Se sim, há reserva confirmada de sangue? Sim Não
 b) Via aérea difícil ou risco de broncoaspiração? Sim Não NA
 d) Previsão de necessidade de UTI? Sim Não
 Se sim, há reserva confirmada de UTI? Sim Não

Procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA? Sim Não

SSVV na admissão: PA: _____ FC: _____
 T: _____ °C Sat O₂: _____

Escala de risco de hemorragia puerperal: Baixo Médio Alto NA

Assinatura: _____

Antes do procedimento cirúrgico

Confirmar os membros da equipe

Cirurgião: _____ Resid: _____
 Anestesta: _____ Resid: _____
 Enfermeiro: _____ Circ: _____
 Pediatra: _____ Resid: _____

Equipe paramentada? Sim Não

Equipe com adornos? Sim Não

Categorias com adorno: _____

Presença do anestesista? Sim Não

Quantidade de instrumentais: _____ NA

Quantidade de compressas: _____ NA

Quantidade de agulhas? _____ NA

Conferência do integrador químico: Sim Não

Procedimentos realizados na sala cirúrgica:

AVP Sim Não NA _____

Se sim, jelco nº _____ Local: _____

SVD Sim Não NA _____

Antissepsia Clorexidine degermante Clorexidine alcóolica
 Clorexidine aquosa

Tipo de anestesia: Bloqueio Geral Sedação Local

Hora da anestesia: _____

Intubação: Sim Não

O antibiótico profilático foi administrado até 60 minutos antes da incisão? Sim Não NA

Antibiótico e dose: _____

Hora adm. do antibiótico: _____ h _____ min

Hora da incisão cirúrgica: _____ h _____ min

SSVV pós anestesia: PA: _____ FC: _____

T: _____ °C Sat O₂: _____

Temperatura da sala: _____ °C

Assinatura: _____

Antes do paciente sair da sala de cirurgia

Hora de síntese da pele: _____
 Quantidade de instrumentais: _____ NA
 Quantidade de compressas: _____ NA
 Quantidade de agulhas? _____ NA
 Peça anatômica/ Feto morto estão identificados?
 Sim Não NA

Houve algum problema com equipamentos?

Sim _____ Não _____

Temperatura da sala: _____ °C

Paciente encaminhada com:

Ventilação: Espontânea CN Venturi TOT

Acesso: NA PVP CVC PAI

Sondas: NA SVD SNE SNG GTT

Dreno: NA KERR BLAKE SUCÇÃO TÓRAX PENROSE

Controles puerperais da SRPA

Hora	PA	FC	T	Sat O ₂	Loquiação	IC

*Índice de choque=FC/PAS. Normalidade se IC ≤0,9 (IFF/Fiocruz, 2019).

Destino da paciente: UTI Geral Alcon Pré-parto

Hora de saída do C.O.: _____

Recém-Nascido:

Peso _____ g Hora _____ Apgar ____/____

Sexo do RN: Fem. Masc. Indeterminado

RN com pulseira de identificação? Sim Não

Destino do RN: Alcon UCI Neo UTI Neo Outros

Assinatura: _____