

Checklist de Cirurgia Segura

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____ Prontuário: _____
 Data: ____/____/____ Hora: _____ Sala: _____ Procedimento: _____

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

TCLE assinados? Cirurgia: Sim Não // **Anestesia:** Sim Não NA

Consulta pré-anestésica? Sim Não NA

Apresentou exames? Sim Não

Uso de prótese/órtese/marcapasso/adorno?

Sim _____ Não

Alergias? Sim _____ Não

Se sim, veio com pulseira de identificação? Sim Não

Uso de máscara de proteção respiratória?

Sim, sem material metálico Não NA

Checagem de segurança dos equipamentos anestésicos?

Sim Não NA

Foi realizado procedimento de marcação de lateralidade?

Sim Não NA

Em jejum? Sim, hora da última refeição: _____ Não NA

Jejum abreviado? Sim, hora: _____ Não NA

Materiais e equipamentos

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

PEQUENA CIRURGIA CIRURGIA DE MÉDIO E GRANDE PORTE

Se de pequeno porte, desconsiderar os itens abaixo:

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

c) Monitorização Invasiva? Sim Não

d) Previsão de necessidade de UTI? Sim Não

Se sim, há reserva confirmada de UTI? Sim Não

Assinatura: _____

Antes do procedimento cirúrgico

Confirmar os membros da equipe

Cirurgião: _____ Resid: _____

Anestesista: _____ Resid: _____

Instrumentador: _____ Circ: _____

Enfermeiro: _____

Equipe paramentada? Sim Não

Equipe sem adornos? Sim Não

Categorias com adorno: _____

Presença do cirurgião responsável na sala de operação antes de iniciar a incisão cirúrgica? Sim Não

Duração estimada? _____

Há etapas críticas na cirurgia? Sim Não

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

Hora adm. do antibiótico: _____h _____min

Hora da incisão cirúrgica: _____h _____min

Uso de profilaxia para TEV? Sim Não NA

Se sim, qual tipo foi aplicada? Medicamentosa Mecânica

Materiais e equipamentos

Foi realizada adequada esterilização do instrumental (teste químico)?

Sim Não NA

Os exames de imagem estão disponíveis?

Sim Não NA

Temperatura da sala: _____ °C

Assinatura: _____

Antes do paciente sair da sala de cirurgia

Contagem de compressas? Sim Não NA

Contagem de instrumentais? Sim Não NA

Contagem de agulhas? Sim Não NA

Peça anatômica/ Feto morto estão identificados?

Sim Não NA

Houve algum problema com equipamentos?

Sim _____ Não

Encaminhado com:

Ventilação: Espontânea CN Venturi TOT

Acesso: NA PVP CVC PAI

Sondas: NA SVD SNE SNG GTT

Dreno: NA KERR BLAKE SUCÇÃO

TÓRAX PENROSE

Outros: _____

Destino: SRPA UTI Geral Enfermaria Domicílio

UTI Neonatal UCI Neonatal

Exames entregues? Sim Não NA

Temperatura da sala: _____ °C

Assinatura: _____