

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 1 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

**1. SUMÁRIO**

**2. SIGLAS E CONCEITOS**

**3. TERMOS TÉCNICOS RELEVANTES**

**4. JUSTIFICATIVA**

**5. OBJETIVO**

**6. CONFLITO DE INTERESSE**

**7. ABRANGÊNCIA**

**8. INTERVENÇÃO**

**8.1 Antes da indução anestésica**

**8.2 Antes da incisão cirúrgica**

**8.3 Antes do paciente sair da sala de cirurgia**

**9. PROCEDIMENTO OPERACIONAL**

**9.1 Antes da indução anestésica**

**9.2 Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)**

**9.3 Antes do paciente deixar a sala de cirurgia**

**10. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES**

**10.1 Notificação de eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos**

**10.2 Indicadores**

**11. ESTRATÉGIAS PARA DIVULGAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO**

**12. REFERÊNCIAS**

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 2 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

## 2. SIGLAS E CONCEITOS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BE - Boletim de Emergência

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUAP - Hospital Universitário Antônio Pedro

ISO - International Organization for Standardization

MSD - Membro Superior Direito

MSE - Membro Superior Esquerdo

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

RN – Recém Nascido

SGVQS - Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde

UFF - Universidade Federal Fluminense

UGRA- Unidade de Gestão de Risco Assistencial

UPG – Unidade de Pacientes Graves

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

VIGIHOSP - Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

OMS - Organização Mundial da Saúde

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

PSSs - Patient Safety Strategies

## 3. TERMOS TÉCNICOS RELEVANTES<sup>1,2,12</sup>

**LISTA DE VERIFICAÇÃO** - lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.

**DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE** - demarcação de local ou locais a serem 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). Ressalta-se que a demarcação cirúrgica é de responsabilidade do médico cirurgião.

**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.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 3 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

**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.

**EQUIPE CIRÚRGICA** - equipe composta por cirurgiões, anestesiológicos, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia

**AMOSTRA CIRÚRGICA** - fragmentos de órgãos através de biópsias, de órgãos (por exemplo, vesícula, próstata), de conjunto de órgãos (útero, tubas e ovários), membros do corpo (amputações). O material é encaminhado em recipientes contendo um líquido fixador (que conserva o tecido sem alterá-lo), devidamente identificado com o nome do paciente e prontuário, juntamente com o pedido médico no qual deverão constar todas as informações para orientar o diagnóstico.

**INDICADOR BIOLÓGICO** - é um parâmetro para certificar-se de que o nível de esterilidade estabelecido para o produto é alcançado, conferindo a certeza de esterilidade diante da margem de segurança mínima definida de apenas uma unidade contaminada em  $10^6$  unidades do produto processado.

De acordo com International Organization for Standardization (ISO), são classificados em seis categorias<sup>2</sup>.

**Tipo 1:** indicador de processo (indicador externo para uso em itens individuais e que distingue materiais processados de não processados. Ex.: fita zebra);

**Tipo 2:** indicador para uso em testes específicos (ex.: teste de Bowie Dick);

**Tipo 3:** indicador de único parâmetro (reage apenas a uma variável crítica do processo);

**Tipo 4:** indicador multiparamétrico (indicador para uso interno em itens individuais, reage a duas ou mais variáveis críticas do processo de esterilização);

**Tipo 5:** indicador integrador (indicador para uso interno em itens individuais, reage a todas as variáveis críticas do processo de esterilização);

**Tipo 6:** indicador emulador (indicador para uso interno em itens individuais, reage a todas as variáveis críticas do processo de esterilização).

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 4 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

#### 4. 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<sup>3</sup>.

Uma revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico<sup>4</sup>. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%<sup>5</sup>.

Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde<sup>6</sup>.

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica reduz complicações e salvam vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação.

A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso<sup>7</sup>.

Nos últimos quatro anos, com o apoio da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente<sup>8</sup>.

#### 5. OBJETIVO

Determinar as medidas a serem implementadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local e paciente corretos, por meio do uso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.002 - Página 5 de 24	
Título do Documento:	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

## 6. CONFLITO DE INTERESSE

Não há.

## 7. ABRANGÊNCIA

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais do Hospital Universitário Antônio Pedro em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora do centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

## 8. INTERVENÇÃO <sup>9,10</sup>

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura, são eles: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, dentre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

A LVSC é dividida em três etapas (Apêndice 1):

- I - Antes da indução anestésica;
- II - Antes da incisão cirúrgica; e
- III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

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 resolução.**

### 8.1. Antes da indução anestésica

O condutor da Lista de Verificação deverá:

- 8.1.1. Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.
- 8.1.2. Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 6 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

8.1.3. Confirmar o consentimento para cirurgia (Apêndice 2), transfusão (Apêndice 3), anestesia e sedação (Apêndice 4) e autorização de amputação (Apêndice 5), caso se aplique.

8.1.4. Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação, caso se aplique.

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

8.1.6. Revisar verbalmente com o anestesiológico, 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.

## 8.2. Antes da incisão cirúrgica

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

8.2.1. Apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.

8.2.2. Confirmação da realização da cirurgia correta no paciente e sítio cirúrgico corretos.

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

8.2.4. Confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 30 a 60 minutos da incisão cirúrgica.

8.2.5. Confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

## 8.3. Antes do paciente sair da sala de cirurgia

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

8.3.1. Conclusão da contagem de compressas e instrumentais.

8.3.2. Identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

8.3.3. Revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.

8.3.4. Revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

## 9. PROCEDIMENTO OPERACIONAL<sup>12</sup>

### 9.1. Antes da indução anestésica

A etapa - antes da indução anestésica - requer a presença do anestesiológico, da equipe de enfermagem e equipe cirúrgica.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 7 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

Segue o detalhamento de cada um dos procedimentos desta etapa:

#### 9.1.1. Confirmar a identificação do paciente, sítio cirúrgico, procedimento e 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 (TCI) – cirúrgicos, anestésicos e de hemotransfusão, quando necessário - 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.

#### 9.1.2. 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. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.

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 dermográfica.

O símbolo a ser utilizado será um alvo 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.

#### 9.1.3. Verificar a segurança anestésica

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

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 8 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

#### 9.1.4. Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico e sistema de aspiração

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico e sistema de aspiração tenham sido posicionados no paciente e que estejam funcionando corretamente.

#### 9.1.5. Verificar alergias conhecidas

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui alguma alergia conhecida, mesmo nos casos em que o condutor tenha conhecimento prévio. Em caso positivo, deverá confirmar se o anestesiológico 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 anestesiológico desconheça, esta informação deverá ser compartilhada.

#### 9.1.6. Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de broncoaspiração

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

#### 9.1.7. Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anestesiológico 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.

### 9.2. 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.

#### 9.2.1. Identificar todos os membros da equipe

O condutor deve solicitar 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.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 9 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

9.2.2. 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.

9.2.3. 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.

9.2.4. 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.

9.2.5. Revisar eventuais complicações anestésicas

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

9.2.6. Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

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

9.2.7. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 30 a 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiológico) deverá realizar a confirmação verbal.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 10 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

### 9.2.8. 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.

## 9.3. Antes do paciente deixar a sala de cirurgia

### 9.3.1. Confirmar o nome do procedimento

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

### 9.3.2. 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.

### 9.3.3. 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.

### 9.3.4. Documentar problemas com equipamentos

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

### 9.3.5. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória

O cirurgião, o anestesiológico e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 11 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

## 10. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

### 10.1. Notificação de eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos

Todos os incidentes envolvendo procedimentos cirúrgicos devem ser notificados ao Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde/ Núcleo de Segurança do Paciente, através do sistema VIGHOSP para investigação, a fim de melhorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

### 10.2. Indicadores

- Percentual de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- Número de procedimentos errados;
- Número de cirurgias realizadas no paciente errado;
- Número de procedimentos realizados no local errado do corpo do paciente;
- Número de procedimentos cirúrgicos em que a LVSC foi utilizada pela equipe – considerar as listas completamente preenchidas;
- Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas;
- Taxa de adesão à Lista de Verificação.

## 11. ESTRATÉGIAS PARA DIVULGAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO

- Divulgação com cartazes e vídeos no hospital;
- Distribuição de cartilhas com orientação para pacientes e acompanhantes;
- Sensibilização dos profissionais do hospital por meio de palestras e orientações nos seus respectivos setores.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.002 - Página 12 de 24	
Título do Documento:	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

## 12. REFERÊNCIAS

1. Centro de patologia e citologia. Disponível em: em: 05/07/2021
2. Pelissari TJ, Lima HOS, Lima MVS. Estudo da performance do indicador biológico autocontido clean-test utilizado para validação de processo de esterilização a vapor. Rev Bras Pesq Alim. 2011;2(1):38-44.
3. International Organization for Standardization. ISO 11140-1:2014. Sterilization of health care products. Chemical indicators. Part 1: General requirements [acesso em 2017 abr. 12].
4. Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. Patient Saf Surg. 5. England2011. p. 13. 4. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 17. England 2008. p. 216-23.
5. Rebaso P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. Cir Esp. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605. 6. Kwaan Mr Fau - Studdert DM, Studdert Dm Fau - Zinner MJ, Zinner Mj Fau - Gawande AA, Gawande AA, Seiden Sc Fau - Barach P, Barach P, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery
6. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-prcedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Arch Surg. 141. United States2006. p. 931-9.
7. Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463.
8. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Annals of Internal Medicine. 2013;158 (5\_Part\_2):365-8.
- Joint Commission. Sentinel events alert. 5th December 2001. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/SentinelEvent/sentineleventalert/sea\\_24.html](http://www.jointcommission.org/SentinelEvent/sentineleventalert/sea_24.html)
- 9 .Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. Int J Qual Health Care. 24. England2012. p. 88-94.
10. Administration FA. Section 12: Aircraft Checklist for 14 CFR Parts 121/135 iFOFSIMSF
11. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009. WHO:Switzerland, 2009.
12. Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 13 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

### 13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª	Agosto/2021	Elaboração

<p><b>Elaboração/ Revisão</b></p> <p><b>Nome:</b> Ana Paula de Amorim Moreira <b>Setor responsável:</b> Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS) <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 17 / 06 / 2021
<p><b>Nome:</b> Eliza Costa do Nascimento Souza <b>Setor responsável:</b> SGQVS <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 24 / 08 / 2021
<p><b>Nome:</b> Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro <b>Setor responsável:</b> Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 24 / 08 / 2021
<p><b>Nome:</b> Vanessa Macedo Couto <b>Setor responsável:</b> UGRA <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 24 / 08 / 2021
<p><b>Nome:</b> Carlos Henrique Vieira Afonso <b>Setor responsável:</b> UGRA <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 24 / 08 / 2021
<p><b>Nome:</b> Andréa Jorge e Silva <b>Setor responsável:</b> Serviço de Anestesiologia <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 25 / 8 / 21
<p><b>Nome:</b> Odilon A. Branco de Souza <b>Setor responsável:</b> Unidade de Centro cirúrgico, Recuperação pós anestésica e Central de esterilização de materiais. <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 25 / 08 / 2021
<p><b>Validação</b></p> <p><b>Nome:</b> Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro <b>Setor responsável:</b> Chefe Substituta do SGQVS <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 25 / 08 / 2021
<p><b>Nome:</b> Roberto Carlos Barcellos <b>Setor responsável:</b> Gerência de Atenção à Saúde (GAS) do HUAP <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 25 / 08 / 2021
<p><b>Aprovação</b></p> <p><b>Nome:</b> Tarcísio Rivello <b>Setor responsável:</b> Superintendência do HUAP <b>Assinatura:</b> </p>	<b>Data:</b> 25 / 08 / 2021

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 14 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021 Versão: 1ª	Próxima revisão: Agosto/2023

## APÊNDICES

### Apêndice 1 - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



Nome completo: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino Prontuário: _____	
Leito/Andar: _____	
<b>UNIDADE DE ORIGEM</b>	<b>ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO</b> Hora de saída do setor de origem: _____
	Data: ____/____/____
	Nível de transporte: <input type="checkbox"/> 1. Classe I (Médico + Enfermeiro) <input type="checkbox"/> 2. Classe II (Enfermeiro+ Téc.de enfermagem) <input type="checkbox"/> 3. Classe III (Enfermeiro ou Técnico de enfermagem) <input type="checkbox"/> 4. Classe IV Maqueiro
	Pulseira de identificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prontuário completo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Exames em anexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Enfermaria/Leito: _____
	Cirurgia/Procedimento: _____ Cirurgião: _____
	Termos de consentimento assinado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ausência de prótese (Dent./Audi.), adornos e roupas íntimas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual tipo: _____ Marcação de lateralidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
	Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, alergia a: _____
	Riscos: <input type="checkbox"/> Alteração de sensorio <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Queda Outros: _____
Sinais vitais: PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ rpm SatO2: ____% Tax: ____ Glicemia: ____ Dor: _____	
Banho (Clor.): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A	
Jejum: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A Período: _____	
Assinatura e carimbo do profissional: _____	
<b>CENTRO CIRÚRGICO</b>	<b>ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO</b> Hora da admissão no Centro Cirúrgico: _____
	Pulseira de identificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prontuário completo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Exames em anexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Cirurgia/Procedimento: _____ Cirurgião: _____
	Termos de consentimento assinados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tricotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Ausência de prótese (Dent./Audi.), adornos e roupas íntimas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, alergia a: _____
	Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Inconsciente
	Suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Máscara/cateter O2 <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica
	Marcação de lateralidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A
SV: PA: ____/____ mmHg FR: ____ rpm SatO2: ____% Tax: ____ Dor: _____	
Assinatura e carimbo do profissional: _____	
Lateralidade do procedimento: <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> N/A	
Cirurgia de coluna: _____	
Nível: _____	
<b>ANTES DA INDUÇÃO</b> Hora do início da anestesia: _____	
<input type="checkbox"/> Equipe completa Cirurgiões: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Instrumentador: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Confirmado nome do paciente <input type="checkbox"/> Confirmado o tipo de procedimento	
<input type="checkbox"/> Checagem do Equipamento de Anestesia ASA: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
<input type="checkbox"/> Checagem de materiais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Indicador químico/biológico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Temperatura da sala adequada (18° a 24°) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tipo de anestesia: <input type="checkbox"/> Plexo <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raqui/Peri <input type="checkbox"/> Geral venosa	
Lesão pré-operatória: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____	
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Via aérea difícil: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Risco de perda sanguínea > 500ml: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Reserva de sangue: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantas? _____	
Antibiótico profilaxia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____	
Repique: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hora início: _____	
Assinatura e carimbo do profissional: _____	
<b>ANTES DA INCISÃO</b> Hora do início da cirurgia: _____	
<input type="checkbox"/> Confirmação dos membros da equipe <input type="checkbox"/> Confirmado o tipo de procedimento:	

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 15 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	



Cirurgia/Procedimento: _____		Cirurgião: _____			
Local do manguito: _____ ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A Tempo de manguito início: _____ fim: _____ tempo total: _____ min					
Trocotomia prévia (Máx. 2 horas antes do procedimento): ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A					
Proteção de proeminências ósseas e área de apoio: ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A					
Uso de bisturi elétrico: ( ) Sim ( ) Não Local da placa: _____					
Cirurgião: Etapas críticas/inesperadas? ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A					
Anestesiologista: Etapas críticas/inesperadas? ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A					
Assinatura e carimbo do profissional: _____					
<b>POS-OPERATÓRIO / FINAL DE CIRURGIA</b>		Hora do início da cirurgia: _____			
Houve alteração do procedimento realizado? ( ) Sim ( ) Não Qual diagnóstico pós cirúrgico? _____					
Ficha de anestesia? ( ) Sim ( ) Não					
Prescrição pós operatório? ( ) Sim ( ) Não					
Boletim operatório ( ) Sim ( ) Não					
( ) Contagem de compressas: Quantidade inicial: _____ Quantidade final: _____ (pacotes e/ou unidades)					
( ) Contagem de instrumentais: Quantidade inicial: _____ Quantidade final: _____ Agulhas _____					
Peça anatómica identificada: ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A HGT: ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A Valor: _____ mg/dL Hora: _____					
Curativos: ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A Local(is): _____					
Integridade da pele: ( ) Sim ( ) Não Local: _____					
<b>CHECK LIST POS OPERATÓRIO</b>		Hora do fim da anestesia: _____			
Curativos cirúrgicos (locais): _____					
Curativos de acessos periféricos e/ou centrais atados: ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A					
Drenos e sondas atados: ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A					
<b>Direito</b>		<b>Esquerdo</b>			
<input type="checkbox"/> DVE <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Dreno Tórax <input type="checkbox"/> Acesso periférico <input type="checkbox"/> PAM Radial/ Curativo Radial <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Colostomia (ascendente, transverso, sigmoide) <input type="checkbox"/> PAM Femural/ Curativo Femural <input type="checkbox"/> Dreno de sucção N° _____ <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> PIC <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Cateter Peridural <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Dreno Mediastino <input type="checkbox"/> Dreno de Tórax <input type="checkbox"/> Acesso Periférico <input type="checkbox"/> PAM Radial/ Curativo Radial <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> PAM Femural/ Curativo Femural <input type="checkbox"/> Sonda Foley N° _____ <input type="checkbox"/> Sonda Foley com irrigação N° _____ <input type="checkbox"/> Dreno de sucção N° _____			
<b>HEMODERIVADOS E EXAMES</b>					
Hemocomponentes/Quantidade: ( ) CH _____ ( ) Plasma _____ ( ) Plaquetas _____ ( ) Outros: _____ ( ) N/A					
Exames laboratoriais: ( ) Gasometria ( ) Outros ( ) N/A					
<b>DROGAS EM CURSO</b>					
1. _____		3. _____			
2. _____		4. _____			
<b>ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK</b>					
<b>ATIVIDADE MUSCULAR</b>	Movimenta os quatro membros	2	<b>CONSCIÊNCIA</b>	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Movimenta dois membros	1		Desperta, se solicitado	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		Não responde	0
<b>RESPIRAÇÃO</b>	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2			
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1			

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 16 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	



	Tem apneia	0	<b>SATURAÇÃO DE O2</b>	É capaz de manter a saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente	2
<b>CIRCULAÇÃO</b>	PA em 20% do nível pré-anestésico	2		Necessita de O2 para manter a saturação maior que 90%	1
	PA em 20-49% do nível pré-anestésico	1		Apresenta saturação menor que 90% mesmo com suplementação de O2	0
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0			
PONTUAÇÃO FINAL DE ALDRETE: _____ Liberar apenas paciente com Aldrete > ou igual a 8.					
<b>INTERCORRÊNCIAS ANESTÉSICAS</b>			<b>INTERCORRÊNCIAS CIRÚGICAS</b>		
Descrever:			Descrever:		
<b>SAÍDA DE SALA</b>					
Sinais vitais: PA ____/____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ irpm SatO2: ____% Tax: ____ Dor: Qtd. De diurese eliminada:					
Encaminhado: <input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UCO <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> Enfermaria					
Médico(a) Assinatura e carimbo: _____					
Enfermeiro(a) (Assinatura e carimbo): _____					

(LVSC será impressa em formato A3)

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.002 - Página 17 de 24	
Título do Documento:	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

**Apêndice 2 – Termo de Consentimento de Cirurgia.**

## Termo de Consentimento Informado para Procedimentos Cirúrgicos

Paciente: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Documento de identidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**A) Sobre o(s) procedimento(s) a que serei submetido(a):**

Fui informado pelo médico cirurgião \_\_\_\_\_, que sou portador de \_\_\_\_\_, cujo tratamento indicado é cirúrgico, com a proposta de realização do procedimento de \_\_\_\_\_, que é a (o) \_\_\_\_\_.

**B) Sobre o planejamento cirúrgico, riscos e possíveis complicações:**

Este procedimento foi a mim explicado pelo médico, quando foram fornecidas as informações necessárias para a minha compreensão sobre a doença, o procedimento proposto e seus riscos associados, abaixo esclarecidos.

1. Dor no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes:
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento:
3. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

Tomei a ciência de que tal lista não inclui todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e graves. Também reconheço que outros riscos podem existir ou surgirem no futuro, não informados neste termo de consentimento.

Também foi esclarecido que, durante a realização do procedimento ou no período pós-operatório, outras condições, não previstas, podem requerer investigações adicionais diferentes daquelas já descritas.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.002 - Página 18 de 24	
Título do Documento:	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

Por fim, foi-me informado que o procedimento proposto entre as possíveis alternativas de tratamento, é a melhor opção no momento.

**C) Sobre a minha concordância e o meu consentimento**

Estou ciente de que o HUAP é um hospital de ensino e, dessa forma, concordo com a participação, supervisionada, de alunos e médicos em treinamento.

Assim sendo, tendo a oportunidade de fazer todas as perguntas que quis, **autorizo o médico e seus auxiliares** a executarem o procedimento proposto, bem como outras intervenções que, sendo o julgamento profissional da equipe, sejam necessárias e desejáveis.

Recebi este Termo no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h;

Li, assinei e devolvi no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h;

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico cirurgião

Observações adicionais:

**Recuso** a realização do procedimento proposto

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico cirurgião

**Revogo (anulo)** a minha concordância e o meu consentimento no dia

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 19 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA PEDIÁTRICA

O menor \_\_\_\_\_, matriculado no HUAP sob o número de prontuário \_\_\_\_\_ recebeu o diagnóstico de \_\_\_\_\_ e foi indicado o tratamento \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo paciente (\_\_\_\_\_), fui informado pelo profissional médico abaixo assinado dos principais riscos relacionados a este procedimento (\_\_\_\_\_) e os compreendi plenamente, autorizando o prosseguimento do tratamento. Estou ciente de que estes riscos são apenas os principais em frequência e importância, embora outros riscos possam ocorrer em alguns pacientes. Também estou ciente de que outros tratamentos podem se tornar necessários caso alguma circunstância específica ou complicação ocorram.

Identidade: \_\_\_\_\_  
(responsável pelo paciente)

CRM: \_\_\_\_\_  
(profissional médico)

Identidade: \_\_\_\_\_  
(testemunha)

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 20 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

### Apêndice 3 – Termos de Consentimento de Transfusão.

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRANSFUSÃO

Paciente: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Documento identidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### A) Sobre o procedimento a que serei submetido (a):

Fui informado pelo médico assistente da necessidade de transfusão e dos seus riscos e benefícios. Na ocasião, foi esclarecido que existem alternativas para evitar a transfusão, porém, compreendendo que, no meu caso, estas alternativas não a substituem.

Sei também que foi adotado um rígido controle de qualidade na seleção e triagem dos doadores, na coleta e no processamento do sangue, além de terem sido realizados todos os testes sorológicos exigidos por lei.

Tenho conhecimento de que, antes da realização da transfusão, serão coletadas e estocadas amostras do meu sangue para a realização de provas pré-transfusionais e futuras análises que se fizerem necessárias.

#### B) Sobre riscos e possíveis complicações:

Após ter sido informado sobre o procedimento a que serei submetido, estou ciente de que as transfusões podem causar as seguintes reações: **febre, calafrios, alergias, alterações da coloração da urina e, menos frequentemente, problemas pulmonares e cardíacos.**

Reconheço que foram tomados todos os cuidados disponíveis para evitar, ao máximo, as reações apresentadas e que a instituição possui os recursos para tratá-las. Compreendendo que, apesar de todos os cuidados mencionados, ainda existe um **pequeno** risco da transmissão de bactérias e de vírus, tais como os da AIDS, das hepatites B e C, entre outros.

#### C) Sobre a minha concordância e o meu consentimento:

Estou ciente de que o HUAP é um hospital de ensino e, dessa forma, concordo com a participação, supervisionada, de alunos e médicos em treinamento.

Assim sendo, tendo a oportunidade de fazer todas as perguntas que quis, concordo e autorizo a realização do procedimento proposto (transfusões de sangue ou seus componentes e derivados).

Recebi este Termo no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h;

Li, assinei e devolvi no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h;

Assinatura do paciente ou responsável

Responsável pela aplicação do termo

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 21 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

**Observações adicionais:**

**Recuso** a realização do procedimento proposto.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

**Revogo (anulo)** a minha concordância e o meu consentimento no dia

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.002 - Página 22 de 24	
Título do Documento:	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

**Apêndice 4 – Termos de Consentimento de Anestesia ou Sedação.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO**

Paciente: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Responsável

: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Documento identidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Declaro de forma voluntária e livre que:**

**A) Sobre os procedimentos a que serei submetido (a):**

1. Estou ciente de que para a realização da cirurgia/exame de \_\_\_\_\_, me foi inicialmente proposto o seguinte procedimento anestésico: \_\_\_\_\_;

**B) Sobre o planejamento da anestesia, riscos e possíveis complicações:**

2. Durante a consulta pré-anestésica com o Dr. \_\_\_\_\_ CRM n° \_\_\_\_\_, médico anesthesiologista, fui esclarecido (a) sobre o planejamento da anestesia, fiz as perguntas necessárias para esclarecer as minhas dúvidas e fiquei satisfeito (a) com as respostas;
3. Entendi as explicações sobre alternativas, as vantagens, as desvantagens, os riscos, as possíveis complicações e os possíveis efeitos indesejáveis da técnica de anestesia ou sedação que será utilizada, de modo que pude livremente tomar a decisão de aceitá-la;
4. Fui esclarecido (a) que embora não sejam frequentes, as seguintes complicações decorrentes da anestesia podem ocorrer e que também estarei sujeito (a) a elas: alterações da pressão arterial, arritmias cardíacas, complicações da transfusão sanguínea, consciência durante anestesia geral, dor após o término da anestesia, dor de cabeça após anestesia espinhal, dor de garganta e/ou rouquidão, falta de ar, frio ou tremores ao despertar, infecção, lesão a veias e/ou a artérias, lesão aos olhos, lesão cerebral, lesões das vias aéreas, lesão dos dentes, náuseas e/ou vômitos, óbito, perda da sensação e/ou da função das extremidades do corpo, queda da oxigenação no sangue, reações alérgicas, sangramento e vermelhidão em partes do corpo. Estou ciente que além dos relatados, estou sujeito ainda aos seguintes riscos e complicações: \_\_\_\_\_;
5. Entendi que se for necessário o anesthesiologista poderá modificar a técnica anestésica inicialmente programada, bem como poderá realizar punção venosa profunda, punção arterial ou qualquer procedimento emergencial, incluindo a transfusão de sangue ou de produtos derivados do sangue, para garantir a minha segurança e o meu conforto durante a cirurgia ou exame;

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.SGQVS.002 - Página 23 de 24	
Título do Documento:	<b>PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA</b>	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

**Sobre a responsabilidade do profissional e do paciente ou do seu responsável:**

6. Entendi que o anestesiológico se obriga a utilizar todos os recursos científicos e tecnológicos, assim como todos os medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para que os objetivos propostos da intervenção sejam alcançados da melhor maneira possível, para que objetivos propostos da intervenção sejam alcançados da melhor maneira possível e que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem alcançados;
7. Prestei todas as informações em relação às minhas condições de saúde, tratamentos, medicamentos, uso de substâncias lícitas e ilícitas, tempo de jejum, etc., que foram anotadas na Ficha de Avaliação Pré-Anestésica pelo médico que me examinou;
8. Entendi que o anestesiológico que me entrevistou e me examinou poderá ser substituído por outro anestesiológico deste hospital e que este tomará conhecimento das minhas condições por meio da leitura das anotações no prontuário e por uma nova avaliação antes de iniciar o procedimento anestésico.
9. Estou ciente de que o HUAP é um hospital de ensino e, dessa forma, concordo com a participação, supervisionada, de alunos e médicos em treinamento;

**Sobre a minha concordância e o meu consentimento:**

10. **Recebi** este Termo no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h;
11. Li, assinei e devolvi no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h;
12. **Manifesto minha concordância** e o meu consentimento e autorizo a realização da anestesia ou sedação proposta;

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico anestesiológico

**Recuso a realização da anestesia ou sedação proposta;**

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico anestesiológico

**Revogação:**

**Revogo (anulo)** a minha concordância e o meu consentimento no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, às \_\_\_:\_\_\_ h.

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.002 - Página 24 de 24	
Título do Documento:	PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	Emissão: Agosto/2021	Próxima revisão: Agosto/2023
		Versão: 1ª	

**Apêndice 5 – Termos de Consentimento de Autorização de Amputação.**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – AMPUTAÇÃO**

EU, .....AUTORIZO OS SENHORES MÉDICOS DA EQUIPE DE CIRURGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO A PROCEDEREM A AMPUTAÇÃO

..... (esclarecer o órgão a ser amputado), SE ASSIM JULGAREM NECESSÁRIO, DO PACIENTE.....

INTERNADO NO LEITO N° ..... SOB O REGISTRO N° ....., APÓS ESTAR CIENTE DOS BENEFÍCIOS, RISCOS, POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES E ALTERNATIVAS.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: .....

Data: .....

NOME DO RESPONSÁVEL:.....

GRAU DE PARENTESCO:.....

DOCUMENTO DO RESPONSÁVEL:.....

CARIMBO, CRM E ASSINATURA DO MÉDICO:.....