

Checklist Eletrônico de Cirurgia Segura. Belém, Pará, Brasil, 2023.

HOME CADASTRO

NOME COMPLETO

DETALHES	PRONTUÁRIO	PACIENTE	CIRURGIA PROPOSTA	SALA DE CIRURGIA	DATA DA CIRURGIA	DATA DA CADASTRO
	1212046	MARIA	HERNIA UMBILICAL	03	28/02/2023	25/02/2023
	1212046	MARIA	DADAD	ADAD	16/02/2023	25/02/2023
	DFD	DF	PROSTA	12	28/02/2023	25/02/2023
	DFD	DF	SFSF	FAFA	27/02/2023	09/03/2023

CADASTRAR DE PACIENTE

USUARIO* PRONTUÁRIO* DATA CADASTRO ATUALIZADO

HOME CADASTRO

DETALHES DA CIRURGIA

PRONTUÁRIO NOME COMPLETO NOME DA MÃE

CIRURGIA PROPOSTA SALA CIRURGICA DATA DA CIRURGIA MODALIDADE

COMORBIDADE

DATA CADASTRO ATUALIZADO

<p>ANTES DA INDUÇÃO DA ANESTESISCA SALA DE ESPERA DO CENTRO CIRURGICO</p> <p>NENUN REGISTRO</p> <p><input type="button" value="ENTRADA"/></p>	<p>ANTES DA INICIÇÃO CIRÚRGICA</p> <p>NENUN REGISTRO</p> <p><input type="button" value="PAUSA"/></p>	<p>ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA (CONTAGEM DE MATERIAIS ABERTOS)</p> <p>NENUN REGISTRO</p> <p><input type="button" value="SAÍDA"/></p>
---	--	---

ANTES DA INDUÇÃO DA ANESTESISCA - SALA DE ESPERA DO CENTRO CIRURGICO

PACIENTE:* 14652334664 - DF	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	PRONTUÁRIO COMPLETO:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	POSSUI DISPOSITIVOS:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
		SE NÃO, QUAIS DOCUMENTOS FALTAM: <input type="text"/>	SE SIM, QUAIS: <input type="text"/>
PROCEDIMENTO CONFIRMADO* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	EXAME: LABORAT. IMAGENS DISPONÍVEL:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	RISCO DE PERDA SANGUÍNEA + 500ML:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
RESERVA DE HOMODERIVADOS:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	RESERVA DE CTI:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	JEJUM:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
			SE SIM, HORA: <input type="text"/>

ALERGIA CONHECIA:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NA	TRICOTOMIA:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NA	RELIZOU QUIMEOTERAPIA:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	RELIZOU RADIOTERAPIA:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
SE SIM, QUAL? <input type="text"/>	SE SIM, HORA: --:--	QUANTAS SESSÕES: <input type="text"/>	QUANTAS SESSÕES: <input type="text"/>
	QUAL MEIO: <input type="radio"/> APARADOR <input type="radio"/> BARBEADOR	ULTIMA SESSÃO: 18/04/2023	ULTIMA SESSÃO: 18/04/2023
	LOCAL: <input type="radio"/> BLOCO CIRÚRGICO <input type="radio"/> CLINICA		
RELIZOU HEMODIALISE:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	RELIZOU TRANSPLANTE DE ÓRGÃO:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	VERIFICAÇÃO ANESTÉSICA: MATERIAIS VAD, MEDICAÇÕES E EQUIPAMENTOS ADEQUADOS:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	VIAS AÉREAS DIFÍCEIS OU RISCO DE ASPIRAÇÃO:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
QUANTAS SESSÕES: <input type="text"/>	QUAL ANO: <input type="text"/>	SE NÃO, QUAL ANO: <input type="text"/>	
ULTIMA SESSÃO: 18/04/2023			

ULTIMA SESSÃO: 18/04/2023		
TEMPO PREVISTO PARA CIRURGIA:* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA CADASTRO* 18/04/2023	ATUALIZADO* 18/04/2023
Limpar	Salvar	

ANTES DA INICIAÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE*: 14652334664 - DF

TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE ESTÃO PRESENTES*: SIM NÃO

NOME DO PACIENTE*:

SÍTIO CIRÚRGICO*: SIM NÃO

PROCEDIMENTO*: SIM NÃO

LATERALIDADE*: SIM NÃO

ANTE ASSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO*: SIM NÃO

SE SIM, QUAL O PRODUTO:

O ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO FOI ADMINISTRADO NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS*: SIM NÃO NA

HORA DA INICIAÇÃO CIRÚRGICA*:

PLACA DE BISTURI POSICIONADO*: SIM NÃO NA

MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CONFERIDOS E DISPONÍVEL*: SIM NÃO NA

SE SIM, QUAIS?:

FITA INDICADORA QUÍMICA DO MATERIAL*: SIM NÃO

DATA VENCIMENTO*: dd/mm/aaaa

CIRURGIA REALIZADA*:

DATA CADASTRO*: 18/04/2023

INTEGRADOR DO MATERIAL*: SIM NÃO

ATUALIZADO*: 18/04/2023

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA (CONTAGEM DE MATERIAIS ABERTOS)

PACIENTE*: 14652334664 - DF

	INSTRUMENTAIS	COMPRESSAS	AGULHAS	LÂMINA DE BISTURI
ANTES	INSTRUMENTAIS ANTES* <input type="text"/>	COMPRESSAS ANTES* <input type="text"/>	AGULHAS ANTES* <input type="text"/>	LAMINA BISTURI ANTES* <input type="text"/>
DEPOIS	INSTRUMENTAIS DEPOIS* <input type="text"/>	COMPRESSAS DEPOIS* <input type="text"/>	AGULHAS DEPOIS* <input type="text"/>	LAMINA BISTURI DEPOIS* <input type="text"/>

CIRÚRGIA REALIZADA*:

REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO E PEÇAS REGISTRADAS NO LIVRO DE PROCEDIMENTO*: SIM NÃO

HOUE ALGUM PROBLEMA COM MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS*: SIM NÃO

PEÇA PATOLÓGICA*: SIM NÃO

AMOSTRA DE CULTURA*: SIM NÃO

CITOLOGIA ONCOTICA*: SIM NÃO

AMOSTRA DE LCR: LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO*: SIM NÃO

ALTA CONFIRMADA*: RPN CTI ENFERMARIA ÓBITO

OBSERVAÇÕES*:

CIRURGIÃO*:

ANESTESISTA*:

ENFERMEIRO*:

CIRCULANTE*:

DATA CADASTRO*: 18/04/2023

ATUALIZADO*: 18/04/2023

Fonte: <https://doi.org/10.11606/D.22.2023.tde-30082023-160228>

Versão impressa do Checklist de Cirurgia Segura. Belém, Pará, 2023.

	HOSPITAL OPHIR LOYOLA			
	PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL			
	CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA			
	Código: ENSO.003	Versão: 005	Página: 1	

Usuário:		Data De Nascimento		Idade:																
Nome Da Mãe:		Prontuário		Hora De Entrada																
Cirurgia Proposta:		Sala Cirúrgica		Data Da Cirurgia																
				Hora De Saída																
Comorbidade		Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência																		
ENTRADA - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA / SALA DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO		PAUSA - ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		SAÍDA - ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA (Contagem de Materiais Abertos)																
Pulseira de identificação: () Sim () Não / Prontuário completo: () Sim () Não Quais documentos faltam: _____ Possui dispositivos: () Sim () Não Quais: _____ Procedimento confirmado: () Sim () Não Termo de Consentimento Cirúrgico e Anestésico, IPCM e homoderivados: () Sim () Não Exame: Laborat. imagens disponível: () Sim () Não Risco de perda sanguínea + 500ml: () Sim () Não Reserva de homoderivados: () Sim () Não Reserva de CTI: () Sim () Não Sítio cirúrgico demarcado: () Sim () Não Realizou banho: () Sim () Não Jejum: () Sim () Não Hora: _____ Alergia conhecida: () Sim () Não Se sim qual? _____ Tricotomia realizada: () Sim () Não () NA Hora: _____ Qual meio: () Aparador () Barbeador Local: () Bloco cirúrgico () Clínica Realizou Quimioterapia: () Sim () Não Quantas sessões: — Última sessão: — Realizou Radioterapia: () Sim () Não Quantas sessões: — Última sessão: — Realizou Hemodíalise: () Sim () Não Quantas sessões: — Última sessão: — Realizou transplante de órgão: () Sim () Não Qual ano: _____ Verificação Anestésica: Materiais VAD, Medicamentos e Equipamentos adequados: () Sim () Não Se não qual? _____ Vias aéreas difíceis ou risco de aspiração: () Sim () Não Tempo previsto para cirurgia: () Sim () Não		Todos os membros da equipe estão presentes: () Sim () Não Todos confirmam novamente: Nome do paciente: () Sim () Não Sítio cirúrgico: () Sim () Não Procedimento: () Sim () Não Lateralidade: () Sim () Não Ante assepsia do campo operatório: () Sim () Não Se sim Qual produto? _____ O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 min.? () Sim () Não () NA Hora: _____ Hora da incisão cirúrgica: _____ Placa de bisturi posicionado? () Sim () Não () NA Materiais e instrumentos conferidos e disponíveis: () Sim () Não Se sim Quais? _____ Fita indicadora química do material: () Sim () Não Integrador do material: () Sim () Não Data da esterelização: _____ Data vencimento: _____ Cirurgia realizada: _____ Registro completo e peças registradas no livro de procedimento: () Sim () Não		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Instrumentais</th> <th>Compressas</th> <th>Agulhas</th> <th>Lâmina de bisturi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEPOIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Cirurgia realizada: _____ _____ Registro completo e peças registradas no livro de procedimento: () Sim () Não Houve algum problema com materiais, equipamentos e instrumentos: () Sim () Não Quais? _____ Peça patológica: () Sim () Não Amostra de cultura () Sim () Não Citologia oncológica: () Sim () Não Amputação de membro: () Sim () Não Lado: () Direito () Esquerdo Amostra de (LCR) líquido cefalorraquidiano: () Sim () Não Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem confirmam ALTA CONFIRMADA: () RPA () CT () ENFERMARIA () ÓBITO OBSERVAÇÕES: _____ Cirurgião _____ Anestesiista _____ Enfermeiro _____ Circulante _____			Instrumentais	Compressas	Agulhas	Lâmina de bisturi	ANTES					DEPOIS				
	Instrumentais	Compressas	Agulhas	Lâmina de bisturi																
ANTES																				
DEPOIS																				

Fonte: <https://doi.org/10.11606/D.22.2023.tde-30082023-160228>