

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SETOR DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

ETIQUETA DO PACIENTE

**UNIDADE DE INTERNAÇÃO - CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO**

**ALERGIAS** (conforme informações colhidas):

\_\_\_\_\_

Procedimento/cirurgia: \_\_\_\_\_ Lateralidade: \_\_\_\_\_

Tempo de jejum (atentar para última ingesta - líquidos/sólidos): \_\_\_\_\_

RETIRADO ADORNOS:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
RETIRADO PRÓTESES:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
RETIRADO APLIQUE REMOVÍVEL DO CABELO:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
RETIRADO ROUPAS ÍNTIMAS:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
RETIRADO ESMALTE DE <u>TODAS</u> AS UNHAS:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
COLOCADO CAMISOLA:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
PULSEIRA:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	

<b>ACESSO VENOSO:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>PERIFÉRICO</b>	<b>MSE</b>	<b>MSD</b>
DATA DA PUNÇÃO:	NUMERO DO DISPOSITIVO PERIFÉRICO:	
<b>CENTRAL</b>	TIPO:	
<b>OUTRO:</b>		

<b>PRONTUÁRIO CORRETO (PASTA DOS MÉDICOS, PRESCRIÇÃO DO DIA E SINAIS VITAIS):</b>		
PASTA MÉDICO		
PASTA ENFERMAGEM – ATENTAR SE CONTEM PRESCRIÇÃO, FOLHA DE SINAIS E FOLHAS DE EVOLUÇÃO		

EXAMES (todos):	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
24 ETIQUETAS:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>

<b>SINAIS VITAIS – aferição 1 hora antes da saída do paciente da unidade</b>	
Horário: ____:____ h	
PA: _____ mmHg	
Temperatura axilar: _____ °C	
Frequência cardíaca: _____ bpm	
Frequência respiratória: _____ mpm	

Observação:

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do profissional da enfermagem do setor: \_\_\_\_\_