

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

ETIQUETA DO PACIENTE

SETOR DE ORIGEM: _____

SIGN IN – CHEGADA DO PACIENTE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------|
| DATA: ____/____/____ | HORA: _____ | LOCAL: _____ |
| PROCEDIMENTO PROPOSTO: _____ | | |
| TRICOTOMIA: <input type="checkbox"/> | JEJUM: <input type="checkbox"/> | |

SIGN IN – CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ OPERATÓRIO

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO | <input type="checkbox"/> | CONSENTIMENTO INFORMADO ASSINADO |
| <input type="checkbox"/> | LATERALIDADE: _____ | <input type="checkbox"/> | CHECK LIST PRÉ OPERATÓRIO |
| <input type="checkbox"/> | EXAMES COMPLEMENTARES | <input type="checkbox"/> | OUTROS: _____ |
| <input type="checkbox"/> | DADOS DE IDENTIFICAÇÃO CHECADOS – PULSEIRA E ETIQUETAS | | |

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO – CARIMBO: _____

TIME OUT – COMUNICAÇÃO ATIVA COM VERIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DO CHECK LIST

ADMITIDO NA SALA ÀS _____ HORAS

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | DADOS DE INTERNAÇÃO CHECADOS – PULSEIRA E ETIQUETAS NO PRONTUÁRIO | | |
| <input type="checkbox"/> | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO | <input type="checkbox"/> | PRÓTESE COMPATÍVEL |
| <input type="checkbox"/> | MONTAGEM DA SALA DE ACORDO COM O PROCEDIMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> | LATERALIDADE CIRÚRGICA DEMARCADA E IGUAL AGENDADO | | |
| <input type="checkbox"/> | MATERIAL CIRÚRGICO DISPONÍVEL E ADEQUADO | | |
| <input type="checkbox"/> | SÍTIO CIRÚRGICO DE ACORDO COM O AGENDADO | | |
| <input type="checkbox"/> | HEMODERIVADOS DISPONÍVEL | <input type="checkbox"/> | ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO |
| <input type="checkbox"/> | AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA | <input type="checkbox"/> | MATERIAIS ESPECÍFICOS |

EQUIPE RESPONSÁVEL PELO TIME OUT

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| CIRURGIÃO: _____ | RESIDENTE CIRURGIA: _____ |
| ANESTESIOLOGISTA: _____ | RESIDENTE ANESTESIA: _____ |
| ENFERMEIRO: _____ | INSTRUMENTADOR: _____ |
| CIRCULANTE: _____ | |

*EM SETORES FORA DO CC, POR CIRURGIÃO ENTENDE-SE MÉDICO EXECUTOR DO PROCEDIMENTO

TRANSOPERATÓRIO

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------------------|
| INÍCIO DO PROCEDIMENTO – HORA: _____ | TÉRMINO – HORA: _____ | | | | |
| PROCEDIMENTO EXECUTADO: _____ | | | | | |
| CAUTÉRIO: <input type="checkbox"/> | TRANSFUSÃO: <input type="checkbox"/> | | | | |
| COMPRESSAS UTILIZADAS – QUANTIDADE: _____ | ABERTAS: _____ | DESPREZADAS: _____ | | | |
| COMPRESSAS – GRANDES: _____ | PEQUENAS: _____ | | | | |
| GAZES - UTILIZADAS – QUANTIDADE: _____ | ABERTAS: _____ | DESPREZADAS: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> | PROTESE | <input type="checkbox"/> | TELA | <input type="checkbox"/> | USO DE GRAMPEADOR |
| OBSERVAÇÃO: _____ | | | | | |

SIGN OUT – ANTES DA SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA – HORÁRIO DA SAÍDA DA SALA:

| | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | PULSEIRA INTEGRAL E AFIXADA CORRETAMENTE | <input type="checkbox"/> | RECOLOCADA PULSEIRA NA SALA CIRÚRGICA | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | COMPRESSAS CONFERIDAS | <input type="checkbox"/> | INFUSÃO ENDOVENOSA IDENTIFICADA | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | PEÇA CIRÚRGICA IDENTIFICADA ADEQUADAMENTE E REQUISIÇÃO PREENCHIDA | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | SONDA VESICAL: _____ DIURESE DESPREZADA: _____ | | | | | | | |
| GRAU DE CONSCIÊNCIA | <input type="checkbox"/> | ACORDADO | <input type="checkbox"/> | SONOLENTO | <input type="checkbox"/> | ADORMECIDO | <input type="checkbox"/> | OUTRO: _____ |
| ENTUBADO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CATETER NASAL | <input type="checkbox"/> | OUTRO: _____ | | | |
| OBSERVAÇÃO: _____ | | | | | | | | |

 CIRURGIA SUSPensa:
LEGENDA PARA PREENCHIMENTO **S – SIM** **N – NÃO** **NA – NÃO SE APLICA**

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO – CARIMBO:

HE – 02b