	<b>CHECK LIST DE CIRÚRGIA SEGURA</b>	<b>POT Nº: 06-300-01</b>
	<b>Gerência Assistencial</b>	<b>Edição: 20/05/2009</b> <b>Versão: 001</b> <b>Data Versão:</b> <b>Página: 1/5</b>

## 1- OBJETIVO

Realizar o preenchimento do Check-list de Cirurgia Segura para os pacientes que serão submetidos a cirurgia no Hospital Mãe de Deus.

## 2- ABRANGÊNCIA

Todas as áreas Assistenciais

## 3- RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

- 3.1- Enfermeiros dos diversos setores do HMD;
- 3.2- Técnicos de Enfermagem do Centro Cirúrgico;

## 4- MATERIAL


- 4.1- Escala cirúrgica;
- 4.2- Prontuário do paciente;
- 4.3- Formulário Check List – Anexo 01;
- 4.4- Caneta esferográfica azul ou preta.

## 5- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/AÇÃO

- 5.1- O enfermeiro do serviço de origem do paciente ou o técnico de enfermagem da sala de preparo, de posse do formulário de check-list, realiza a primeira entrevista com o paciente;
- 5.2- O enfermeiro do serviço de origem do paciente ou o técnico de enfermagem da sala de preparo confirma, verbalmente, com o paciente as seguintes informações, registrando os dados no formulário de check-list:
  - nome completo do paciente,
  - nome do cirurgião;
  - procedimento cirúrgico previsto;
  - sítio cirúrgico (lateralidade);
  - procedência do paciente;

OBS: ao confirmar o sítio cirúrgico, o funcionário deve realizar a marcação, conforme POT 04-202-01 - Marcação De Sítio Cirúrgico Em Pacientes Submetidos A Procedimentos Cirúrgicos Com Contra Lateralidade;

- 5.3- O técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico, ao buscar o paciente deve preencher os dados do campo “ANTES DE ENCAMINHAR O PACIENTE PARA A SALA”, no formulário de check list, com base nas informações do paciente e conferência com os dados do cabeçalho. Esses dados são: nome do paciente, procedimento, verificação de sítio cirúrgico (lateralidade), cirurgião, consentimentos assinados e alergias;
- 5.4- Somente após a realização do procedimento dos itens 5.2 e 5.3 o paciente deve ser encaminhado para a sala de cirurgia;

	<b>CHECK LIST DE CIRÚRGIA SEGURA</b>	<b>POT Nº: 06-300-01</b>
	<b>Gerência Assistencial</b>	<b>Edição: 20/05/2009</b> <b>Versão: 001</b> <b>Data Versão:</b> <b>Página: 2/5</b>

- 5.5- O técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico, ao chegar com o paciente na sala, confirma os dados do campo “ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA” junto com a equipe da cirurgia e registra no check list as seguintes informações: nome do paciente, procedimento, sítio cirúrgico e necessidade de material especial para acesso da via aérea.
- 5.6- Após a indução anestésica o técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico deve proceder do seguinte modo:
- 5.6.1- Confirmar com o cirurgião os dados do campo “ANTES DA INCISÃO”: exames revisados, antimicrobiano profilático e risco de sangramento e registrá-los no check list;
- 5.6.2- Verificar com o instrumentador as seguintes informações: instrumental disponível e estéril, indicadores e equipamentos disponíveis e funcionantes, registrando-os no check-list.
- 5.7- Após o término do procedimento o técnico de enfermagem confirma com a equipe os dados do campo “ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA”: descrição cirúrgica, OPME, materiais, exames, justificativas, prescrição, débitos e equipamentos. Registrando os dados no check-list.
- 5.8- Havendo eventos adversos, o técnico de enfermagem do CC deve registrá-los no formulário de check-list e emitir o documento de evento adverso na intranet.
- 5.9- O Check List deve acompanhar o paciente e ser anexado ao prontuário do mesmo.

## **6- CONTRA-INDICAÇÕES**

Não se Aplica

## **7- ORIENTAÇÃO PACIENTE / FAMILIAR ANTES E APÓS O PROCEDIMENTO**

Não se Aplica

## **8- REGISTROS**


Formulário de Check List de Cirurgia Segura

## **9- PONTOS CRÍTICOS/RISCOS**

- 9.1- Não adesão as medidas propostas;
- 9.2- Não participação dos profissionais em treinamentos;
- 9.3- Demanda superior à disponibilidade de funcionários.

## **10- AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA**


- 10.1- Abordagem na gestão de desempenho no processo de avaliação de funcionários, identificando se eles conhecem e aplicam o procedimento operacional padrão.

	<b>CHECK LIST DE CIRÚRGIA SEGURA</b>	<b>POT Nº: 06-300-01</b>
	<b>Gerência Assistencial</b>	<b>Edição: 20/05/2009</b> <b>Versão: 001</b> <b>Data Versão:</b> <b>Página: 3/5</b>

10.2- Caso o técnico do Centro Cirúrgico verificar que o sítio cirúrgico (lateralidade) não está marcado, efetuar a marcação e registrar o evento adverso no formulário de check list e depois na intranet

## 11- REFERÊNCIAS

<b>Aprovações</b>		
Supervisão Centro Cirúrgico	Gerência Assistencial	Comitê de Processos
Editado por: Enfermeiro Clayton Moraes		
Revisado por:		Data da Revisão:

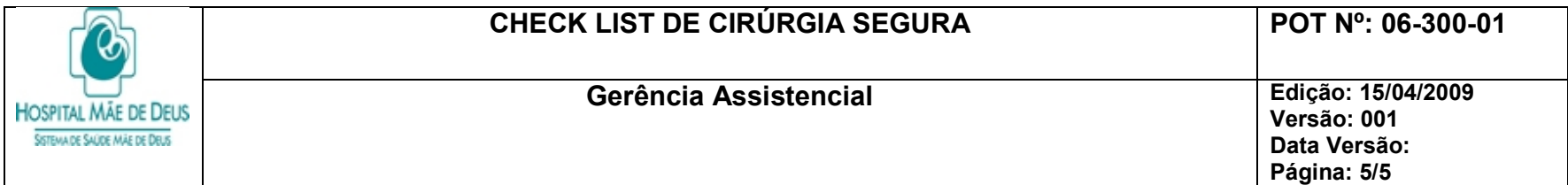
	<b>CHECK LIST DE CIRÚRGIA SEGURA</b>	<b>POT Nº: 06-300-01</b>
	<b>Gerência Assistencial</b>	<b>Edição: 15/04/2009</b> <b>Versão: 001</b> <b>Data Versão:</b> <b>Página: 4/5</b>

**Anexo – 01**

**CHECK LIST CIRURGIA SEGURA / HMD**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ SÍTIO CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_  
 PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio    ☐ UI / Qual: \_\_\_\_\_ ☐ CTI    ☐ Emergência    ☐ Outro / Qual \_\_\_\_\_  
 CIRCULANTE: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTA: \_\_\_\_\_

ANTES DE ENCAMINHAR O PACIENTE PARA A SALA	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO	ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA
<b>Confirmar com o paciente:</b> <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Cirurgião Consentimento informado assinado <input type="checkbox"/> Anestésico <input type="checkbox"/> Cirúrgico Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever: _____  <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico marcado <input type="checkbox"/> Não se aplica	<b>Confirmar com equipe:</b> <input type="checkbox"/> Nome do paciente <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <b>Confirmar com anestesista</b> Necessidade de material especial para acesso da via aérea: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, equipamentos especiais necessários:	<b>Confirmar com cirurgião</b> <input type="checkbox"/> Exames pré-operatórios revisados <input type="checkbox"/> Indicado antimicrobiano profilático Risco de perda sanguínea > 500ml (adulto) ou > 7ml/kg (pediátrico) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever medidas de suporte sanguíneo: _____  <b>Confirmar com instrumentador</b> <input type="checkbox"/> Instrumental necessário disponível e esterilizado <input type="checkbox"/> Indicadores de esterilidade estão disponíveis <input type="checkbox"/> Equipamentos disponíveis e funcionantes	<b>Confirmar com o cirurgião</b> <input type="checkbox"/> Descrição cirúrgica realizada Realizada descrição de: <input type="checkbox"/> OPME <input type="checkbox"/> Materiais (fios, drenos e outros) <input type="checkbox"/> Exames solicitados assinados Justificativas, se necessárias: <input type="checkbox"/> OPME <input type="checkbox"/> Materiais <input type="checkbox"/> Exames  <b>Confirmar com anestesista</b> <input type="checkbox"/> Prescrição médica realizada <b>Observar:</b> <input type="checkbox"/> Débitos lançados <input type="checkbox"/> Equipamentos funcionaram corretamente <input type="checkbox"/> Eventos Adversos Se sim, descrever: _____ _____

[illegible]