|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| USUÁRIO: DATA DE NASCIMENTO: | | | | | | |
| NOME DA MÃE: PRONTUÁRIO: | | | | | | |
| CIRURGIA PROPOSTA : CIRURGIA REALIZADA: SALA CIRÚRGICA: DATA DA CIRURGIA:  MODALIDADE: ( ) Eletiva ( ) Urgência **REALIZOU QUIMIOTERAPIA: ( ) N ( ) S Quantas sessões**: **REALIZOU RADIOTERAPIA: ( ) N ( ) S Quantas sessões:** | | | | | | |
| **SALA DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO** | **ANTES DA INICISÃO CIRÚRGICA** | **ANTES DO USÚARIO SAIR DA SALA DE CIRÚRGIA ( contagem )** | | | | |
| Usuário informa:  -**Pulseira de identificação** ( ) sim ( ) não /**Jejum** ( ) Sim/inicio \_\_\_\_\_\_( ) Não  **Tricotomia realizada** ( ) sim ( ) não**/ Realizou o banho** ( ) sim ( ) não  **Preparo Intestinal** ( ) sim ( ) não ( ) NA / **Sem prótese** ( ) sim ( ) não | Todos os profissionais confirmam nome e função? ( ) N ( ) S  O cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem confirmam:  ( ) identificação do paciente ( ) sitio cirúrgico ( ) procedimento |  | Instrumentais | Compressas | Agulhas | Lâmina de bisturi |
| **ANTES** |  |  |  |  |
| Sítio cirúrgico demarcado corretamente? ( ) N ( ) S ( ) NA  Alergias conhecidas? ( ) N ( ) S Qual? | O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 min?  ( ) NA ( ) N ( ) S Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ | **DEPOIS** |  |  |  |  |
| Risco de via aérea difícil/ bronco aspiração? ) N ( ) S há equipamento disponível?  Risco de perda sanguínea > 500 mL ou 7mL/Kg em crianças? ( ) N ( ) S | Exames de imagem estão disponíveis? ( ) N ( ) S | Registro completo do procedimento intraoperatório com registro no livro de procedimentos? ( ) S ( ) N | | | | |
| Equipamentos de anestesia testados e funcionante?  ( ) Carrinho de Anestesia ( ) Monitorização ( ) Suporte de O2  ( ) Baraka ( ) Circuito de anestesia ( ) Laringoscópio  Caixas e instrumentais cirúrgicos presentes e estéreis? ( ) S ( ) N | Antecipação de eventos críticos:  **Revisão cirurgião:** Há etapas críticas durante o procedimento?  ( ) N ( ) S, qual?  **Revisão anestesista:** Há alguma preocupação especifica em relação ao usuário? ( ) N ( ) S, qual?  **Revisão da enfermagem:**  Instrumentais cirúrgicos estéreis e conferidos? ( ) N ( ) S  Placa de bisturi posicionado? ( ) N ( ) S ( ) NA  Equipamento testado e funcionantes? ( ) N ( ) S | Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumentais?  ( ) S ( ) N Qual? | | | | |
| - Prontuário  Formulário identificação ( ) sim ( ) não  Relatório enfermagem ( ) sim ( ) não ( ) NA  Ficha de sinais vitais ( ) sim ( ) não ( ) NA  Exame: ( Laborat. Imagens) ( ) sim ( ) não  Consentimento Cirúrgico ( ) sim ( ) não  Consentimento anestésico ( ) sim ( ) não  Avaliação pré – anestésica ( ) sim ( ) não | Alta confirmada pelo anestesista e enfermagem para:  ( ) UTI ( ) RPA Hora: | | | | |
| Assinatura e carimbo:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Enfermeiro) (Cirurgião) (Anestesista) (Circulante) (Instrumentador) | | | | | | |