

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA CIRURGIA SEGURA		
Paciente: _____		Prontuário: _____ Sala: _____
1. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA.	2. ANTES DA INCISÃO ANESTÉSICA.	3. ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA.
Paciente Confirmou.	Apresentação oral de cada membro da equipe pelo nome e função.	Confirmação do procedimento realizado.
Identidade <div>Sítio Cirúrgico correto</div>	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>
Procedimento <div>Consentimento</div>	Cirurgião, o anestesista e equipe de enfermagem confirmam verbalmente: Nome do paciente, sítio cirúrgico e procedimento a ser realizado.	Contagem de compressas.
	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/> Não se Aplica - <input type="radio"/>
	Antibiótico profilático:	Entregues: _____
Sítio demarcado (Lateralidade).	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Contagem de instrumentos.
Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Não se aplica - <input type="radio"/>	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/> Não se Aplica - <input type="radio"/>
Não se aplica - <input type="radio"/>	Revisão do cirurgião. Momentos críticos do procedimento, tempos principais, riscos, perda sanguínea.	Entregues: _____
	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Contagem de agulhas.
Verificação da segurança anestésica:	Revisão do anestesista. Há alguma preocupação em relação ao paciente?	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/> Não se Aplica - <input type="radio"/>
Montagem da SO de acordo com o procedimento - <input type="radio"/>	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Requisição completa: _____
Material anestésico disponível, revisados e funcionantes - <input type="radio"/>		_____
Outro:	Revisão de enfermagem:	Problema com equipamentos que deve ser solucionado:
<div></div>	Correta esterilização do material cirúrgico com fixação dos integradores ao prontuário.	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/> Não se Aplica - <input type="radio"/>
	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Comunicado a enfermeira para providenciar a solução: _____
Via aérea difícil/broncoaspiração:	Placa de eletrocautério posicionada:	_____
Não - <input type="radio"/>	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	
Sim e equipamento/assistência disponíveis - <input type="radio"/>	Equipamentos disponíveis e funcionantes:	Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente:
	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Cirurgião: _____
Risco de grande perda sanguínea superior a 500 ml ou mais 7 ml/kg em crianças:	Insumos e instrumentais disponíveis:	_____
Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>	Anestesista: _____
Reserva de sangue disponível - <input type="radio"/>		_____
Acesso venoso adequado e pérvio:		Enfermagem: _____
Sim - <input type="radio"/> Não - <input type="radio"/>		_____
Providenciado na SO - <input type="radio"/>		
Histórico de reação alérgica.		
Não - <input type="radio"/> Sim - <input type="radio"/>		
Qual?		
<div></div>		

Responsável: _____

Data: