   

**Agendamento/Sala Operatória:**

**AVISO E ANOTAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA**

Espaço preenchido pelo (a) médico (a)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data da Cirurgia: 31/03/2025 | | | | | | | Horário: 7:00 h | | | | | Prontuário: 5440367 | | |
| Nome do Cliente: HELIO MIGUEL MANSO Idade: 70 Peso: 70 | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome da Mãe: MARIA MIGUEL DE JESUS Data de Nascimento: 05/05/1954 | | | | | | | | | | | | |  |  |
| Sexo: (x ) F () M Clínica: CIRÚRGICA Leito: Especialidade: CIRURGIA CARDIOVASCULAR | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado geral do Cliente: () Bom (X) Regular ( ) Grave | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico: INSUFICIENCIA MITRAL + ESTENOSE AORTICA BAIXAO FLUXO BAIXO GRADIENTE PARADOXAL | | | | | | | | | | | | | | |
| Cirurgia Proposta: TROCA VALVAR MITRAL + PLASTIA DE VALVULA TRICUSPIDE DURAÇÃO: 6 HORAS   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CIRURGIA ONCOLÓGICA: ( ) SIM ( X)NÃO** |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pontencial de contaminação da cirurgia: (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectante | | | | | | | | | | | | | | |
| Precauções: (X) Padrão ( ) Contato ( ) Aerossóis ( ) Gotículas ( ) COVID | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicitação de reserva de vaga UTI: (X) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicitação de reserva de sangue: (X) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | |
| Cirurgião: GUILHERME VISCONDE BRASILCRM: 29479 / 1º Auxiliar: CRM: | | | | | | | | | | | | | | |
| 2º Auxiliar: CRM: / 3º Auxiliar: CRM: | | | | | | | | | | | | | | |
| Anestesiologista: CRM: Instrumentador: ( ) Não (X) Sim | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparo pré-operatório: TOMAR BANHO COM CLOREXIDINE DEGERMANTE, DEPILAÇÃO DO TÓRAX, ABDOME E MEMBROS INFERIORES | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrumental cirúrgico: CAIXA DA CIRURGIA CARDIOVASCULAR / CAIXAS DE COMPLEMENTO DE VÁLVULA / CAIXA DE CONECTORES PARA CEC / CAIXA DE PASSADORES DE FIO / KIT DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA ADULTO / CÂNULAS DE AORTA E VEIA CAVA CURVA ARAMADAS / PATCH DE PERICÁRDIO BOVINO / PATCH INORGÂNICO / SURGICEL / GELFOAM / COLA CIRÚRGICA CARDIOVASCULAR (10 UNIDADES) / MANTA TÉRMICA / DRENO DE TÓRAX TUBULAR Nº 36 + COLETOR SELO D' ÁGUA (03 UNIDADES) / BISTURI LÂMINAS Nº 11, 15, 23 / JELCO Nº 14 (03 UNIDADES) / **PRÓTESES DE VÁLVULA AÓRTICA** **MECÂNICA E BIOLÓGICA Nº 19, 21, 23, 25, 27** / **PRÓTESES DE VÁLVULA MITRAL** **MECÂNICA E BIOLÓGICA Nº 25, 27, 29, 31, 33 /** CLOREXIDINE DEGERMANTE (1 LITRO) E CLOREXIDINE ALCOÓLICO (1 LITRO) / FIO VERMELHO E PRETO PARA MARCAPASSO EXTERNO / CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LÚMEN / KIT DE BALÃO INTRA-AÓRTICO / SONDA VESICAL Nº 12, 14, 16 + COLETOR / PÁS DE DESFIBRILADOR INTERNO ADULTO/ **PLACAS ADESIVAS PARA DESFIBRILADOR EXTERNO** / MARCAPASSO EXTERNO / COMPRESSAS ESTÉREIS / KIT PARA DEGERMAÇÃO / KIT SONDAGEM VESICAL / COXIM PARA TÓRAX / SCALP Nº 23 (02 UNIDADES) / | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiais consignados: NÃO | | | | | | | | | | | | | |  |
| Empresa Consignados: NÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| Reserva Equipamentos Específicos: Bisturi de Argônio ( ) Bisturi Elétrico (X) Escopia ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| Microscópio Olympus ( ) Microscópio Zeiss ( ) Microscópio Leica ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| Torre de Vídeo (X) Ultrassom (X) Aparelho de TCA (X) Ecocardiograma Transesofágico (X) | | | | | | | | | | | | | | |
| Fios Cirúrgicos: NYLON (3-0 / 4-0) - 10 UNIDADES DE CADA NÚMERO / ALGODÃO NÃO-AGULHADO (2-0 / 4-0) - 5 UNIDADES DE CADA NÚMERO / ALGODÃO AGULHADO (2-0) 10 UNIDADES / POLIPROPILENO (PROLENE) (3-0 / 4-0 / 5-0 / 6-0 / 7-0) - 10 UNIDADES DE CADA NÚMERO / POLIGLACTINA (VICRYL) (0 /2-0 / 3-0) - 10 UNIDADES DE CADA NÚMERO/ POLIÉSTER (ETHIBOND) COM ALMOFADA DE TEFLON (2-0) - 60 UNIDADES / FIO DE AÇO Nº 5 - 10 UNIDADES / FIO DE MARCAPASSO PROVISÓRIO - 02 UNIDADES / FITA CARDÍACA - 04 UNIDADES / POLIGLACTINA INCOLOR (VICRYL) (3-0) 10 UNIDADES | | | | | | | | | | | | | | |
| Médico responsável pelo preenchimento: | | | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura e carimbo (legível) | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro Clínica Data / / Hora: : | | | | | | | | | | | | | h |  |
| **ATENÇÃO: Antes do aviso de cirurgia ser enviado ao centro cirúrgico é necessario a assinatura do (a) enfermeiro (a) da clínica. O médico deve preencher todos os dados por completo e com o nº correto do prontuário do cliente. Caso contrário o aviso poderá ser devolvido.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **LIBERAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA** | | | | | | | | | | | | | | |
| AIH: ( ) ELETIVA ( ) COTA DIRETA | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCEDIMENTO: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA: / /20** | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORAS: :** | | | **ASSINATURA:** | | | | | | | | | | | |
| ***Este campo deve ser preenchido excluisivo pelo NIR- Núcleo Interno de Regulação*** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO**  **Espaço preenchimento circulante**  Início de ocupação da sala cirúrgica (SC): : h Final: : h Entrada do cliente na (SC): : h Saída: : h  Entrada do anestesiologista na (SC): : h Saída: : h Início da anestesia: : h Final: : h Entrada do cirurgião (SC): : h Saída: : h Início da cirurgia: : h Final: : h  Tipo de anestesia: Asa: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V Cirurgia realizada:  Local da placa de bisturi:  Compressas usadas: ( ) Médias UN ( ) Pequenas UN  Conferência de compressas: ( ) Não ( ) Sim Obs.: Retirada peça cirúrgica: ( ) Não ( ) Sim  Encaminhado material para exame? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is):  ( ) Anátomo-patologia ( ) Biópsia de congelação ( ) Cultura ( ) Imuno-histoquímica ( ) Citologia  Cirurgião: CRM: 1º Auxiliar: CRM: 2º Auxiliar: CRM: 3º Auxiliar: CRM: Anestesiologista: CRM: Residente da anestesia: CRM: Instrumentador(a): COREN:  **Circulante responsável pelo preenchimento:**  (assinatura e carimbo)  **Enfermeiro (a) do Centro Cirúrgico:**  (assinatura e carimbo) |
| **Suspensão da Cirurgia** |
| Data / / Hora: : Serviço: |
| Motivo (assinalar um motivo para a suspensão) |
| **Cancelamento por problemas relacionados ao PACIENTE:** Paciente não compareceu ( ) Paciente recusou/desistiu ( ) Paciente com condição clínica desfavorável ( ) Paciente foi à óbito ( ) |
| **LEGENDA:** *CONDIÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL* : exame alterado, hiperglicemia, infecções, lesão de pele, instabilidade hemodinâmica. |
|  |
| **Cancelamento por problemas/falta de MATERIAIS:** Problema c/ equipamentos ( ) Falta hemoderivados ( ) Falta material de Consumo ( )  Falta medicamentos ( ) Problemas c/ rouparia ( ) Falta OPME ( ) |
| **LEGENDA:** *EQUIPAMENTO* : equipamento necessário à realização que esteja com defeito ou problema; *HEMODERIVADOS* : falta de componentes hemoderivados, sangue ou falha no pedido; *MATERIAL DE CONSUMO* : falta do material em estoque ou falha no pedido do material; *MEDICAMENTOS* : falta de medicamentos necessários em estoque ou falha no pedido do  medicamento; *ROUPARIA* : problemas no fornecimento do enxoval para a realização da cirurgia; *OPME* : falta de OPME em estoque ou falha no pedido |
|  |
| **Cancelamento por problemas no PROCESSO relacionado à:** Conduta clínica ( ) Documentação clínica ( ) Programação Cirúrgica ( )  Pré-Operatório ( ) Pós-Operatório ( ) Sala operatória ( ) |
| **LEGENDA:** *CONDUTA CLÍNICA* : cirurgia eletiva substituída por cirurgia de urgência; *DOCUMENTAÇÃO* : documentação clínica incompleta ou não preenchida; *PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA* : prolongamento da cirurgia anterior, marcação errada da cirurgia, overbooking; *PRÉ-OPERATÓRIO* : avaliação clínica não realizada ou insuficiente, exames pré-operatórios insuficientes, jejum não prescrito ou inadequado; *PÓS-OPERATÓRIO* : falta de leitos de RPA, UTI ou enfermaria; *SALA OPERATÓRIA* : condicionamento de ar inadequado, sala em  manutenção |
|  |
| **Cancelamento por problemas relacionados à déficit de pessoal:** Anestestesista ( ) Cirurgião ( ) Equipe de Enfermagem ( )  Instrumentador ( ) Outro profissional ( ) |
|  |
| Responsável pela suspensão***(carimbo e ass.)*** : Houve sbstituição:( ) Sim ( ) Não  Substituído por: Pront: Cirurgia |
| ÓBITO DO PACIENTE DURANTE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO : ( ) SIM ( ) NÃO |