Protocolo de Cirurgia Segura

Unimed #

JOSE EDUARDO NUNES FILHO Nome: Prontuario: 103479 Cartão: 0006.0503.513939.00 **IDENTIFICAÇÃO PACIENTE CONFIRMOU** - IDENTIDADE - SÍTIO CIRURGICO х - PROCEDIMENTO - CONSENTIMENTO SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E **EM FUNCIONAMENTO** O PACIENTE POSSUI: **ALERGIA CONHECIDA?** X NÃO SIM VIA AÉREA DIFICIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? X NÃO SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? NÃO SIM, E ACESSI ENDOVENOSO ADEQUADO

E PLANEEJAMENTO PARA FLUIDOS

1255112 Atendimento: Data Atendimento: 01/08/2024 Data Cirurgia: 01/08/2024

CONFIRMAÇÃO

- **CONFIRMAR QUE TODOS OS MEBROS DA EQUIPE** SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
- CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E

	VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO
	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS
	REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?
	REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
х	REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?
	A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? SIM NÃO SE APLICA
 x	AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? SIM NÃO SE APLICA

REGISTRO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-**OPERATÓRIO. INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO**
- **SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS** CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO (OU NÂO SE APLICAM) CORRETAS
- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA **ESTÁ IDENTIFICADA**

(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

П	SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
ш	PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A **EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM** PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR)

ROGERIA DE PAULA VIDA

COREN: 940399

Carimbo e Assinatura