



# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA - NQSP HRG

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE:

SES:

TELEFONE:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

CIRURGIÃO:

ENCAMINHADO POR :

**SIGN IN - Encaminhamento p/ o CC****SETOR DE ORIGEM**

SIM

NÃO

Observações:

Jejum há 8 horas?

Retirada de Adornos/Prótese ?

Identificação (prontuário+pulseira+paciente)

Alergia Medicamentosa ?

Check list Anestesia - Cirurgia Segura?

Termo de Consentimento Informado Anestésico

Termo de Consentimento Informado Cirúrgico

Sítio Cirúrgico e lateralidade demarcados ?

☐ D ☐ E

Exames com o paciente?

Paciente em precaução ?

**SIGN IN - SALA DE ADMISSÃO PRÉ-OP CC****SETOR - CENTRO CIRÚRGICO**

SIM

NÃO

NA

Observações:

Jejum há 8 horas?

Retirada de Adornos/Prótese ?

Identificação (prontuário+pulseira+paciente)

Alergia Medicamentosa ?

Check list Anestesia - Cirurgia Segura?

Termo de Consentimento Informado Anestésico

Termo de Consentimento Informado Cirúrgico

Sítio Cirúrgico e lateralidade demarcados ?

☐ D ☐ E

Exames com o paciente?

Paciente em precaução ?

**TIME OUT - PAUSA CIRÚRGICA**

SIM

NÃO

NA

Se não, qual providência?

Identificação (prontuário+pulseira+paciente)

Equipe identificada ?

Procedimento Cirúrgico previsto ?

Sítio Cirúrgico e lateralidade demarcados ?

☐ D ☐ E

Comorbidades informadas ?

Via aérea difícil ?

Monitorização adequada e funcionando ?

Equipamentos e instrumentais checados e disponíveis ?

Equipamentos e instrumentais especiais checados e disponíveis?

OPME checado e disponível ?

Previsão de perda sanguínea ?

Hemocomponentes disponíveis ?

Profilaxia ATB realizada em até 1 hora antes da incisão?

Horário:

Necessidade de PO em UTI ?

Algum tipo de alergia?

Necessidade de congelação ?

Contagem de Instrumental

Quantidade:

Compressas conferidas

Quantidade:

Agulhas conferidas

Quantidade:

Gazes Conferidas

Quantidade:

**SIGN OUT - SAÍDA DA S.O**

SIM

NÃO

NA

Quantidade

Contagem de Instrumental Realizada ?

Quantidade:

Compressas conferidas?

Quantidade:

Agulhas conferidas?

Quantidade:

Gazes Conferidas ?

Quantidade:

Infusão Endovenosa identificada ?

Peças cirúrgicas identificadas adequadamente ?

**Responsáveis pelo Checklist**

Equipe de Enfermagem da Unid. De Internação:

Equipe Enf.do C.C

Equipe Médica