



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 ?		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 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 ?		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 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 ?		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 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	