CHECK LIST TRANSOPERATÓRIO

UNIDADE DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATÓRIA (UAMP)

AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE MEDICINA E ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (AMME)

#DADOS DO ANESTÉSICOS:

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

CIRURGIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANESTESIA:

( )GERAL ( )GERAL VENOSA ( )GERAL INALATÓRIA ( )GERAL BALANCEADA

( )PERIDURAL SIMPLES ( )RAQUIANESTESIA ( )PERIDURAL C/ CATETER ( )LOCAL

( )TÓPICA ( )BLOQUEIO ( )SEDAÇÃO ( )RAQUI+GERAL

ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DA CIRURGIA: CONS. AMME: ( )SIM ( )NÃO

TCLE ASSINADO: ( X )SIM ( )NÃO PARECER: ( )SIM ( )NÃO

FICHA ANESTÉSICA PREENCHIDA: ( X )SIM ( )NÃO

FATORES DE RISCO TEV/TEP ( X )NÃO ( )SIM,QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SAFETY ZONE: ( )BAIXO ( X )MODERADO ( )ALTO

PRESCRIÇÃO DE ANTICOAGULANTE: ( )SIM ( X )NÃO

USO ANTICOAGULANTE: ( )SIM ( X )NÃO DROGA UTILIZADA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTRAINDICAÇÃO A ANTIOAGULANTES: ( )SIM ( X )NÃO

PRESCRIÇÃO DE MEIA COMPRESSIVA: ( )SIM ( X )NÃO USO DA MEIA: ( )SIM ( X )NÃO

DISPOSITIVOS UTILIZADOS:

( )TUBO OROTRAQUEAL ( )TUBO LARÍNGEO ( )TUBO NASAL ( )COMBITUBE ( )BUNGE

( )MÁSCARA LARÍNGEA ( )TUBO ARAMADO ( )DCE-DESFIBRILADOR ( )MARCAPASSO EXTERNIO ( )ULTRASSOM ( )NEUROESTIMULADOR ( )TOF ( )GLIDE SCOP ( )BOUGIE

( )CRICOTIREOIDEOSTOMIA ( ) CATETER EPIDURAL ( )RESSINCRONIZADOR CARDIACO

( )MARCAPASSO TRANSVERSO ( )VIFILEO ( )BIS ( )MONITOR DE JUNÇÃO NEUROMUSCULAR

EXAMES TRANOPERATÓRIOS:( X )NÃO ( )SIM,QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERGIAS: ( X )NÃO ( )SIM,QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRANSFUSÃO DE SANGUE OU HEMODERIVADOS:( X )NÃO ( )SIM,QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO NO INTRAOPERATÓRIO: ( X )NÃO ( )SIM,QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VENÉCLISE: ( X )NÃO ( )SIM, LOCAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SSVV: PA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; FC:\_\_\_\_\_; FR:\_\_\_\_\_; SpO2:\_\_\_\_\_; TEMP:\_\_\_\_\_\_

ESTADO DO PACIENTE AO SAIR DA SALA OPERATÓRIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS:

( )NÁUSEAS/VÔMITO ( )BRONCOASPIRAÇÃO ( )EXTUBAÇÃO ACIDENTAL ( )QUEDA DO PACIENTE ( ) PARADA RESPIRATÓRIA ( )REAÇÃO ANAFILÁTICA ( )CHOQUE ANAFILÁTICO ( )PCR ( )ARRITMIA ( )QUEBRA DE CATETER ( )OUTROS

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_