

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Cirurgião: _____ DN: ____ / ____ / ____ Peso: _____

Procedimento: _____

GR. SANG.**DIA****INÍCIO****TÉRMINO**

LATERALIDADE

☐D - DIREITO
E - ESQUERDOB - BILATERAL
NA - NÃO APLICÁVEL**SIGN IN****CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**☐

RESERVA DE CTI/UTI

☐

APARELHO DE ANESTESIA CHECADO

☐MONITORIZAÇÃO DISPONÍVEL
E ADEQUADA☐

VIA AÉREA DIFÍCIL

☐

RESERVA DE SANGUE

☐

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500ML

☐

ALERGIA:

☐

PRECAUÇÃO:

TIME OUT**CHECAGEM ANTES DA INCISÃO**☐EQUIPE DE SALA COMPLETA
E APRESENTADA☐EQUIPAMENTOS SOLICITADOS
DISPONÍVEIS☐MATERIAIS SOLICITADOS DISPONÍVEIS
(OPME E CME)☐

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA REALIZADA

☐CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS☐

EXAMES DE IMAGEM

OBSERVAÇÕES**SIGN OUT****ANTES DE SAIR DA SALA**

CONTAGEM DE COMPRESSAS

ENTREGUE

RECEBIDO

CONTAGEM DE GAZES

ENTREGUE

RECEBIDO

☐ENCAMINHAMENTO PARA
ANATOMIA PATOLÓGICA☐CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS☐

ALGUM EQUIPAMENTO COM PROBLEMA

☐SOROS, DRENOS E ACESSOS
LIVRES E CHECADOS**LEGENDA**☐

NÃO VERIFICADO

☐ **S**

SIM, APLICÁVEL

☐ **NA**

NÃO APLICÁVEL

RESPONSÁVEL PELO PAINEL