

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**  
**CHECKLIST- VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**
**Código:** HCF-NGSRP-FOR-1

**Revisão:** 2

**Página:** 1/1

**Unidade:** \_\_\_\_\_ **Nº da Sala Cirúrgica:** \_\_\_\_\_

Nome completo do paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Cirurgia proposta: \_\_\_\_\_ Modalidade: ( ) Ambulatorial ( ) Eletiva ( ) Eletiva leito-dia ( ) Urgência ( ) Emergência

<b>ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO</b>	<b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (CHECK IN)</b>	<b>ANTES DE INICIAR A CIRURGIA (TIME OUT)</b>	<b>ANTES DO PACIENTE SAIR DA SO (CHECK OUT)</b>
<p><b>1. Identificação do Paciente</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>2. Prontuário Completo</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>3. Acesso venoso adequado e pérvio?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>4. Exames laboratoriais e de imagens</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>5. Jejum</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>6. Banho com clorexidine 2%</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>7. Retirada de próteses e adornos</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>8. Verificar Sinais Vitais</b>            PA: _____ mmHg            T: _____ °C            FC: _____ bpm            SAT: _____ % FR: _____ rpm</p> <p><b>9. Alergias</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Quais? _____</p> <p><b>10. Tipo de precaução do paciente</b>            ( ) Padrão ( ) Contato            ( ) Gotículas ( ) Aerosóis</p> <p>_____  <b>Profissional da equipe de saúde (Nome e Carimbo)</b></p>	<p><b>1. Confirmação com paciente:</b>            ( ) <b>Paciente Certo:</b> Identificação.            ( ) <b>Local Certo:</b> demarcação.            ( ) <b>Procedimento certo:</b> Checagem do procedimento.            ( ) <b>Documentação certa:</b> TCLE anestésico e cirúrgico, exames complementares.            ( ) <b>Posicionamento certo:</b> de acordo com o procedimento a ser realizado.            ( ) <b>Realizar tricotomia</b> (quando indicado)</p> <p><b>2. Revisão dos equipamentos anestésicos</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>3. Paciente tem alergias?</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Quais? _____</p> <p><b>4. Via aérea difícil/risco de aspiração?</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>5. Risco de perda sanguínea &gt;500 ml (ou 7 ml/kg em crianças)</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>6. Reserva sanguínea?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>7. Tipo de anestesia:</b>            _____</p> <p>_____  <b>Profissional da equipe de saúde (Nome e Carimbo)</b></p>	<p><b>1. Confirmação dos nomes e funções de todos os profissionais?</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>2. Os cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam verbalmente:</b>            ( ) Identificação do Paciente            ( ) Sítio Cirúrgico            ( ) Procedimento a ser realizado</p> <p><b>3. Antecipação de eventos críticos:</b>  <b>Revisão do cirurgião:</b> Há etapas críticas ou inesperadas? ( ) Sim ( ) Não; Qual a sua duração? _____; Há perdas sanguíneas possíveis? ( ) Sim ( ) Não.  <b>Revisão do Anestesista:</b> Há alguma preocupação em relação ao paciente? ( ) Sim ( ) Não  <b>Revisão da equipe de enfermagem:</b> Houve correta esterelização do instrumental cirúrgico? Sim ( ) Não; Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? ( ) Sim ( ) Não            Os materiais solicitados para cirurgia estão disponíveis? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>4. O Antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?</b>            ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>5. Placa de cautério posicionada?</b>            ( ) Sim ( ) Não            Local? _____</p> <p><b>6. Os exames de imagem estão disponíveis?</b>            ( ) Sim ( ) Não ( ) NSA</p> <p>_____  <b>Profissional da equipe de saúde (Nome e Carimbo)</b></p>	<p><b>1. O Circulante de Sala confirma verbalmente com a equipe:</b>            a) Nome do procedimento realizado            b) A contagem de compressas/gazes, agulhas e instrumentais estão corretas?            ( ) Sim ( ) Não            c) As biópsias ou peças anatômicas/culturas estão identificadas adequadamente?            ( ) Sim ( ) Não            d) Houve algum problema com algum equipamento que deve ser resolvido?            ( ) Sim ( ) Não            e) Há recomendações na recuperação pós-anestésica e pós-operatória?            ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Quais? _____</p> <p>_____  <b>Anestesista (Nome e Carimbo)</b></p> <p><b>2. Verificar se há exames a serem realizados antes do retorno ao leito (ex: Raio X).</b>            ( ) Sim ( ) Não ( ) NSA</p> <p>_____  <b>Cirurgião Assistente (Nome e Carimbo)</b></p>