

NOME COMPLETO: _____ Nº DE ATENDIMENTO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 NOME DA MÃE: _____ PROCEDIMENTO: _____ DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
 EQUIPE: _____ MODALIDADE: () ELETIVA () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA

ANTES DO ENCAMINHAMENTO À SALA DE CIRURGIA	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA E ANTES DA INCISÃO CIRURGICA CHECK IN E TIME OUT		AO TÉRMINO DA CIRURGIA CHECK OUT
EQUIPE DE ENFERMAGEM	EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA PRESEÇA OBRIGATÓRIA: MEMBROS DA ENFERMAGEM E ANESTESIOLOGIA	EQUIPE DE CIRURGIA PRESEÇA OBRIGATÓRIA: MEMBROS DA ENFERMAGEM, ANESTESIA E CIRURGIÃO	EQUIPE DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> PACIENTE COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO E PRONTUÁRIO? CONFIRMAR JUNTO AO PACIENTE: <input type="checkbox"/> NOME COMPLETO E DATA DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO LATERALIDADE DEMARCADA? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO () NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> DIREITO () ESQUERDO PROVIDENCIAR COM A EQUIPE CIRÚRGICA PRESEÇA DE TERMO DE CONSENTIMENTO? OBSERVAR SE ESTÃO ASSINADOS: <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO () ANESTÉSICOS <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO DE MEMBROS JEJUM: () SIM () NÃO ALERGIA CONHECIDA? () SIM () NÃO QUAIS? _____ APRESENTA LESÃO DE PELE? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO COMUNICAR EQUIPE MÉDICA EXAMES IMAGEM E LABORATORIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. <input type="checkbox"/> SIM () NÃO	ANESTESIOLOGISTA EM SALA? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO PACIENTE COM VIA AÉREA DIFÍCIL OU RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO () N/A VERIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO/MATERIAL ANESTÉSICO? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO MONITORIZAÇÃO FUNCIONANTE? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO POSSUI RESERVA DE HEMOCOMPONENTES? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO () N/A POSSUI RESERVA UTI? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO () N/A INFUSÃO DA PROFILAXIA ANTIMICROBIANA NOS ÚLTIMOS 60MIN? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO () N/A QUAL? _____ HORA: _____h _____MIN OBS.? _____	<input type="checkbox"/> EQUIPE CIRÚRGICA COMPLETA/TODOS PRESENTES EM SALA/CIRURGIÃO PRINCIPAL/1º AUXILIAR? EQUIPE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO. <input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO/DEMARCAÇÃO CORRETA? RISCO DE PERDA SANGUÍNEA >500ML ADULTO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO IDENTIFICADO ETAPAS CRÍTICAS <input type="checkbox"/> SIM () NÃO CONFERIR INSTRUMENTAIS BÁSICOS/ OPME/EQUIPAMENTOS E FIOS DISPONÍVEL? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO VALIDAÇÃO DE PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO/INTEGRADORES? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO PREVISÃO DE MATERIAL/PEÇA CIRÚRGICA PARA ANÁLISE LABORATORIAL? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO TEMPO CIRÚRGICO ESTIMADO: _____h _____MIN HORA DA INCISÃO DE PELE: _____h _____MIN OBS.? _____	OBS: CONTAGEM POR UNIDADE E NÃO POR PACOTE QUANTIDADE DE COMPRESSAS: <input type="checkbox"/> INÍCIO () FIM QUANTIDADE DE INSTRUMENTAIS: <input type="checkbox"/> INÍCIO () FIM QUANTIDADE DE AGULHAS: <input type="checkbox"/> INÍCIO () FIM CONTAGENS DE COMPRESSAS, GAZES, INSTRUMENTAIS, AGULHAS CONFEREM? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO FIXAÇÃO DAS ETIQUETAS DE ESTERILIZAÇÃO NO PRONTUÁRIO? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO PEÇAS ANATÔMICAS/CULTURAS IDENTIFICADAS E COM REQUISIÇÃO PREENCHIDA? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO () N/A CONFIRMAÇÃO DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM SE NÃO PROVIDENCIAR. HOUE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL A SER RESOLVIDO? <input type="checkbox"/> SIM () NÃO QUAL: _____
TÉCNICO EM ENFERMAGEM/ENFERMEIRO	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	CIRURGIÃO/ 1º AUXILIO MÉDICO	TÉCNICO EM ENFERMAGEM/ INSTRUMENTADOR /ENFERMEIRO
CARIMBO/ASSINATURA:	CARIMBO/ASSINATURA:	CARIMBO/ASSINATURA:	CARIMBO/ASSINATURA: