



FORMULÁRIO – Centro Cirúrgico

ANOTAÇÃO NA SALA OPERATÓRIA

Código: F.HABF.097

Versão: 01

Revisão: 07/02/2023

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SALA OPERATÓRIA

NOME COMPLETO DO PACIENTE:		Nº ATENDIMENTO:			
NOME DA MÃE:		DATA DE NASCIMENTO: / /			
SEXO: FEMININO () MASCULINO ()		GESTANTE: SIM () NÃO ()			
SETOR DE ORIGEM:	DATA:	HORA:			
NÚMERO DO AVISO DE CIRURGIA:					
DADOS DO PACIENTE CIRÚRGICOS					
CIRÚRGIA PROPOSTA:					
TIPO DE CIRURGIA: CONVENCIONAL () VÍDEO () EXAME DIAGNÓSTICO ()					
CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:		ESPECIALIDADE:			
ANESTESIOLOGISTA:					
TÉCNICO DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL:					
INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO:					
DEMARCAÇÃO DA LATERALIDADE: SIM () LOCAL: _____ NÃO SE APLICA ()					
TIPO DE PRECAUÇÃO					
PADRÃO () PREVENTIVO () CONTATO () AEROSSÓIS () CONTATO + AEROSSÓIS () CONTATO + GOTÍCULAS () GOTÍCULAS ()					
PACIENTE EM JEJUM: SIM () NÃO () TEMPO DO JEJUM: _____ Hs: _____ Min.					
ANTICOAGULANTE SUSPENSO SIM () NÃO () HORÁRIO DA SUSPENSÃO: _____ Hs: _____ Min.					
ALERGIA: SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR () QUAIS: _____					
INÍCIO DA CIRURGIA _____ Hs: _____ Min.		TÉRMINO DA CIRURGIA _____ Hs: _____ Min.			
SINAIS VITAIS					
	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Saturação O2	Temperatura Corpórea
PRÉ OP					
INTRA OP					
PÓS OP					
ACESSO VENOSO E ARTÉRIAL					
VENOSO PERIFÉRICO () CENTRAL () DISSECÇÃO VENOSA () PICC () PORT A CATH () PERMCATH () SHILLEY () FAV () HIPODERMÓLISE () PUNÇÃO ARTERIAL ()					
LOCAL DO ACESSO: MSD () MSE () MID () MIE () JIE () JID () SCD () SCE () FEMORAL D () FEMORAL E ()					
DATA DA REALIZAÇÃO DO ACESSO: ____/____/____. SEM ACESSO VENOSO ()					
POSICIONAMENTO CIRÚRGICO PARA CIRURGIA					
VENTRAL () DORSAL () CANIVETE KRASKE () LATERAL (D) () LATERAL (E) () GINECOLÓGICA/LITOTOMIA () TRENDELEMBURG INVERTIDO () SIMS () CADEIRA DE PRAIA () TRENDELEMBURG () CADEIRA DE PRAIA ()					
OUTRAS: _____					
ANESTESIA					
LOCAL () SEDAÇÃO () GERAL () BLOQUEIO REGIONAL () PERIDURAL () RAQUI () SEM ANESTESIA ()					
OXIGENOTERAPIA					
TOT () TQT () MASCARA DE ALTO FLUXO () AVM () BIPAP () MACRONEBULIZAÇÃO - O2 () CATETER - O2 NASAL () MASCARA DE VENTURI () MACRONEBULIZAÇÃO - AR COMPRIMIDO () AR AMBIENTE () VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) ()					
PLACA DE BISTURI ELÉTRICO					
DESCARTÁVEL () RÍGIDA () POSICIONAMENTO DA PLACA DE BISTURI: _____ NÃO SE APLICA ()					
USO DE COXIM NO POSICIONAMENTO					
NÃO () SIM () LOCAL: _____					

Rua Liberalino Lima, S/N, Olaria, Vila Velha – ES.

CEP: 29100-535. Telefone: 3636-3514.

dir.geral.habf@inovacapixaba.es.gov.br

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO – Centro Cirúrgico

ANOTAÇÃO NA SALA OPERATÓRIA

Código: F.HABF.097

Versão: 01

Revisão: 07/02/2023

TRICOTOMIA REALIZADA

NÃO () SIM () LOCAL DE REALIZAÇÃO: RESIDÊNCIA () UNIDADE DE INTERNAÇÃO () SALA OPERATÓRIA ()

EQUIPAMENTO UTILIZADO PARA TRICOTOMIA

TONSURADOR DOMÉSTICO () LÂMINA () TRICÓTOMO DESCARTÁVEL () CONDIÇÕES DE PELE _____

PREPARO DA PELE - ANTISSEPSSIA CIRÚRGICA

CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% () CLOREXEDINA ALCOÓLICA 0.5% () PVPI DEGERMANTE () PVPI ALCOOLICO ()

GARROTE PNEUMÁTICO

NÃO () SIM () LOCAL: _____

HORA DO INÍCIO DO GARROTE: ____:____:____ HORA DO TÉRMINO DO GARROTE: ____:____:____ GARROTE FOI RETIRADO: SIM () NÃO ()

GLICEMIA DO PACIENTE

MONITORIZAÇÃO GLICEMIA: NÃO () SIM ()

GLICEMIA CAPILAR PRÉ OP: _____MG/DL GLICEMIA CAPILAR INTRAOP: _____MG/DL GLICEMIA CAPILAR PÓS OP _____MG/DL

FEZ USO DE INSULINA: NÃO () SIM () QUANTAS UIs? _____UI

TEMPERATURA DO PACIENTE

CONTROLE DE TEMPERATURA CORPÓRIA: NÃO () SIM ()

HOUE HIPOTERMIA NO TRANSPERATÓRIO: NÃO () SIM () USO DE MANTA TÉRMICA: NÃO () SIM ()

TEMP. PRÉ OPERATÓRIA: _____°C TEMP. INTRAOPERATÓRIA: _____°C TEMP. PÓS OPERATÓRIA: _____°C

DRENO

TÓRAX () MEDIASTINO () PÊRA/BLEKE () PENROSE () PORTOVACK () KEHR () SUCTOR () TUBULAR ()

LOCAL: _____

DESCREVER ASPECTO E VOLUME: _____

SONDAS

SNG () SNE () GTT () SVD () SVA () OUTRAS: _____

PEÇA CIRÚRGICA PARA EXAME HISTOTOLÓGICO (BIÓPSIA)

NÃO () SIM () ENCAMINHADO PELO HOSPITAL PARA LABORATÓRIO LAPAES () ENCAMINHADO PELA FAMÍLIA ()

PEÇA ENCAMINHADA: _____

SINAIS DE LESÃO DE PELE DECORRENTE DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

NÃO () SIM () - QUEIMADURA () LPP () QUÍMICA () COMUNICADO AO ENFERMEIRO () TÉRMICA () TRAUMÁTICA ()

AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

AMPUTAÇÃO DE MEMBRO: NÃO () SIM () FOI ENCAMINHADO PARA NECROTÉRIO NÃO () SIM () PESO DA PEÇA: _____KG.

O SERVIÇO SOCIAL FOI INFORMADO: NÃO () SIM () MEMBRO AMPUTADO: _____

TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS

NÃO () SIM () PLAQUETAS () CONCENTRADO DE HEMÁCIAS () PLASMA () OUTROS _____

ALTA DA SALA CIRÚRGICA / CHEGAGENS E INSTALAÇÃO DE RÓTULOS DE IDENTIFICAÇÃO

PUNÇÃO VENOSA DATAR E IDENTIFICAR () SORO DE INFUSÃO IDENTIFICADO () EQUIPOS DATADOS ()

ULIZAÇÃO DE MATERIAL DE ALTO CUSTO

NÃO () SIM () OPME () TELA DE MARLEX () CATETER VENOSO CENTRAL () FIO KIRSCHNER () CATÉTER DE SHILLEY ()

OUTROS _____

OBS.: ANEXAR TODOS OS LACRES UTILIZADOS EM IMPRESSO ESPECÍFICO E ANEXAR AO PRONTUÁRIO

DESTINO DO PACIENTE NA ALTA DA SALA OPERATÓRIA

SRPA () AMBULATÓRIO () UNIDADE DE INTERNAÇÃO () UTI () EMERGÊNCIA () ÓBITO: NECROTÉRIO () IML () SVO ()

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CARIMBO E ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Rua Liberalino Lima, S/N, Olaria, Vila Velha – ES.

CEP: 29100-535. Telefone: 3636-3514.

dir.geral.habf@inovacapixaba.es.gov.br

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde