

**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 ARTERIAL**

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 ( ) MÁSCARA 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: _____	
------------------------------	--

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 - ANTISEPSIA 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 ( )	
HOVE 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 / CHEGADAS E INSTALAÇÃO DE RÓTULOS DE IDENTIFICAÇÃO	
PUNÇÃO VENOSA DATAR E IDENTIFICAR ( ) SORO DE INFUSÃO IDENTIFICADO ( ) EQUIPOS DATADOS ( )	
UTILIZAÇÃO DE MATERIAL DE ALTO CUSTO	
NÃO ( ) SIM ( ) OPME ( ) TELA DE MARLEX ( ) CATETER VENOSO CENTRAL ( ) FIO KIRSCHNER ( ) CATÉTER DE SHILLEY ( )	
OUTROS _____	
<b>OBS.: ANEXAR TODOS OS LACRES UTILIZADOS EM IMPRESSO ESPECÍFICO E ANEXAR AO PRONTUÁRIO</b>	
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	