

NOME DO PACIENTE: _____

PROCEDIMENTO PROPOSTO: _____

RA: _____

DATA: ____ / ____ / ____

Identificação do Paciente – Etiqueta

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

CONFIRMADO:

Nome completo: () Sim () Não se aplica

Procedimento: () Sim () Não se aplica

Termo de Consentimento: () Sim () Não se aplica

Sítio Cirúrgico demarcado? () Sim () Não se aplica

Lateralidade: () Direita () Esquerda () Níveis

Via aérea difícil? () Não Sim (), equipamentos/assistência disponíveis.

Alergia conhecida () Não Sim (),
quais? _____

Oxímetro de Pulso no paciente e funcionando? Sim () Não ()

Profilaxia com antibiótico 60 minutos antes da cirurgia? Sim ()
Não se aplica ()

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?

() Não Sim (), Acesso endovenoso adequado para fluidos.

Verificação de segurança anestésica concluída? Sim () Não ()

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

() Todos membros da equipe estão presentes em sala.

() Todos confirmam verbalmente: nome, sítio e
procedimento no paciente.

() Cirurgião e equipe confirmam etapas críticas ou
inesperadas no paciente.

() Enfermagem e instrumentador validam, OPME dentro do
prazo de validade, bem como instrumentais com indicador de
esterilização.

() Exames de imagens disponíveis? () Sim () Não se aplica

() Equipamentos testados e funcionando? Sim () Não (),
providenciar substituição.

ANTES DO PACIENTE SAIR DE SALA

Amostra para anatomia patológica? () Não Sim (), nome completo do paciente e quantidades validadas.

Validado quantitativo de compressas, agulhas e instrumentais? () Sim () Não se aplica

() Cirurgião, anestesiológico e enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e manejo do paciente no POI.

Cirurgião – CRM _____

Anestesiológico – CRM _____

Enfermagem – Coren _____

Instrumentador – Coren _____