

ETIQUETA DO PACIENTE	Data: ____/____/____
----------------------	-----------------------------

RECEPÇÃO / INTERNAÇÃO

- Identificação (Nome completo e Data de Nascimento)
- Termo de Consentimento Cirúrgico () SIM () NÃO
- Questionário Avaliação Pré-Anestésica
- Exames Complementares - Imagem e Laboratorial () SIM () NÃO

Colaborador: _____

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

- Verificação de Identificação do Paciente (Nome Completo e Data de Nascimento)
- Identificação de Risco de Queda (PULSEIRA AMARELA - Médio e Alto Risco)
- Alergias - PULSEIRA VERMELHA () SIM () NÃO Descrever: _____
- Avaliação Pré-Anestésica
- Termo de Consentimento Anestésico
- Termo de Consentimento Cirúrgico
- Exames () SIM () NÃO
- Demarcação de Lateralidade () SIM () NÃO () N/A Descrever: _____
- Isolamento / Precaução () SIM () NÃO Descrever: _____
- Retirada de Próteses, Órteses e Adornos
- Protocolo de TEV, risco: _____
- Tricotomia () SIM () N/A Realizada por: _____
- Reserva de U.T.I. () SIM () NÃO
- Reserva de Hemoderivados () SIM () NÃO Descrever: _____
- Jejum à partir de: ____:____ Do dia: ____/____/____

Enfermagem: _____ Hora: ____:____

RECEPÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

Hora: ____:____

- Verificação de Identificação do Paciente (Nome Completo e Data de Nascimento)
- Confirmação do Procedimento Proposto () Termo de Consentimento Anestésico () Termo de Consentimento Cirúrgico
- Confirmação do Cirurgião Responsável
- () Protocolo de TEV, risco: _____ Abreviação de Jejum () SIM () NÃO Horário: ____:____
- Demarcação de Lateralidade () N/A () NÃO () SIM Lado: _____
- Alergias () SIM () NÃO Descrever: _____

Enfermagem: _____ Hora: ____:____

CHECK IN - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Hora: ____:____

- Verificação de Identificação do Paciente com Anestesiologista (Nome Completo e Data de Nascimento)
- Confirmação do Procedimento Proposto
- Confirmação de Lateralidade () N/A () NÃO () SIM Lado: _____
- Alergias () SIM () NÃO Descrever: _____
- Equipamentos e Materiais de OPME em Sala Operatória de Acordo com Pedido Médico () N/A
- Equipamento Anestésico Disponível/Checado (Ap. Anestesia, Cal Soldada, Laringoscópio, Oxímetro e Termômetro)
- Profilaxia Antibiótica Iniciada em até 60 Minutos Antes da Incisão () N/A
- Via Aérea Difícil () SIM () NÃO (Checar se o equipamento de VAD está Disponível em Sala)
- Risco de Perda de Sangue Adulto >500ml/Criança >7ml/kg () SIM () NÃO (Checar reserva de Hemoderivados)
- Necessidade de Profilaxia de TEV** () SIM () NÃO () Mecânica () Medicamentosa
- Reserva de UTI () SIM () N/A
- Exames Pertinentes Disponíveis () SIM () N/A

APÓS A INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Posicionamento Adequado para Cirurgia
- Placa do Bisturi Elétrico Colocada
- Checagem de Indicadores de Esterilização (Integradores) dos Materiais Cirúrgicos

TIME OUT - ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Hora: ____:____

- Verificação de Identificação do Paciente com Equipe Cirúrgica (Nome Completo e Data de Nascimento)
- Confirmação do Procedimento Cirúrgico
- Confirmação de Lateralidade () N/A () NÃO () SIM Lado: _____
- Equipe Cirúrgica (Cirurgião e Anestesista)

ANTES DA SUTURA CIRÚRGICA

- Contagem de Compressas () SIM, lançamento em Controle de Cavidade () N/A
 - Contagem de Gazes (Laroscopias) () N/A
 - Biópsias estão Identificadas (Nome Completo e Data de Nascimento) () N/A
- Procedimento Realizado: _____

CHECK OUT - ANTES DA SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA

- Contagem de Instrumentais Cirúrgicos (Caixas Cirúrgicas) **Quantidade Inicial:** ____ **Quantidade Final:** ____
(Avulsos) **Quantidade Inicial:** ____ **Quantidade Final:** ____
- Contagem de Perfuro - Cortante () SIM, Devidamente Separados em Local Adequado () NÃO

Intercorrências no Transoperatório com o Paciente

() SIM () NÃO Descrever: _____

Intercorrências no Transoperatório com Materiais

() SIM () NÃO Descrever: _____

Intercorrências no Transoperatório com Equipamentos

() SIM () NÃO Descrever: _____

Imagens no Transoperatório (RX/DVD, Scopia)

() SIM () NÃO Entrega de DVD para: _____

- Coleta de Amostra** () NÃO () SIM - Confirmado rótulo/ identificação
- Perda de Sangue () SIM () NÃO Quantidade: _____
- Transfusão Sanguínea () SIM () NÃO Quantidade: _____
- Pulseira de Identificação do Paciente**

Encaminhado para: () Apartamento () RA () UTI Data ____/____/____ Hora: _____

Cirurgião: _____ Anestesista: _____ Enfermagem: _____

Data ____/____/____ Hora: _____

OBSERVAÇÕES