

ETIQUETA PACIENTE	Data: _____/_____/_____
-------------------	-----------------------------

RECEPÇÃO / INTERNAÇÃO

Identificação
 Termo de consentimento cirúrgico () SIM () NÃO
 Questionário avaliação pré-anestésica
 Exames complementares - Imagem e laboratorial () SIM () NÃO Justifique : _____
 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 Não Sim Descrever _____
 Avaliação pré-anestésica
 Termo de consentimento anestésico
 Termo de consentimento cirúrgico
 Trouxe Exames Não Sim
 Demarcação de lateralidade Sim Descrever: _____ Não N/A
 Isolamento/Precaução Não Sim Descrever _____
 Retirada de próteses, órteses e adornos
 Protocolo de TEV, Risco: _____
 Tricotomia Não se aplica Sim Realizada por _____
 Reserva de UTI Não Sim
 Reserva de Hemoderivados Não Sim Descrever _____
 Jejum à partir de: hora: _____:_____ do dia _____/_____/_____
 Enfermagem _____ Hora: _____:_____

RECEPÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

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: Horário: __:__ Sim Não
 Demarcação de lateralidade: sim, lado: _____ Não N/A
 Alergias Não Sim Descrever _____
 Enfermagem _____ Hora: _____:_____

CHECK IN - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Verificação de identificação do paciente com Anestesiologista (Nome completo e data de nascimento)
 Confirmação do procedimento proposto
 Confirmação de lateralidade N/A
 Alergias Não Sim Descrever: _____
 Equipamentos e Materiais de OPME em sala operatória de acordo com pedido médico N/A
 Equipamento Anestésico disponível e checado (Ap. Anestesia, Cal Sodada, Laringoscópio, Oxímetro de Pulso, Termômetro)
 Profilaxia antibiótica iniciada (em até 60 min antes da incisão) ? N/A
 Via aérea difícil: Não Sim: (Checar se o equipamento de VAD está disponível em sala.)
 Risco de perda de sangue Adulto >500ml / Criança >7ml/kg? Não Sim: (Checar se a reserva de hemoderivados foi realizada.)
Necessidade de Profilaxia TEV: N/A Sim: Mecânica Medicamentosa
 Reserva de UTI Sim N/A
 Exames Pertinentes disponíveis Sim N/A

Enfermagem _____ Hora: _____:_____ | Anestesiologista _____ Hora: _____:_____

