



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DATA: ____ / ____ / ____

SETOR DE ORIGEM: _____

ETIQUETA DO PACIENTE

UNIDADE DE INTERNAÇÃO - CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

ALERGIAS (conforme informações colhidas):

Procedimento/cirurgia: _____ Lateralidade: _____

Tempo de jejum (atentar para última ingesta - líquidos/sólidos): _____

RETIRADO ADORNOS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETIRADO PRÓTESES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETIRADO APLIQUE REMOVÍVEL DO CABELO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETIRADO ROUPAS ÍNTIMAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETIRADO ESMALTE DE TODAS AS UNHAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLOCADO CAMISOLA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PULSEIRA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACESSO VENOSO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DATA DA PUNÇÃO:	NUMERO DO DISPOSITIVO PERIFÉRICO:			
CENTRAL	TIPO:			
OUTRO:				

PRONTUÁRIO CORRETO (PASTA DOS MÉDICOS, PRESCRIÇÃO DO DIA E SINAIS VITAIS):

<input type="checkbox"/>	PASTA MÉDICO
<input type="checkbox"/>	PASTA ENFERMAGEM – ATENTAR SE CONTEM PRESCRIÇÃO, FOLHA DE SINAIS E FOLHAS DE EVOLUÇÃO

EXAMES (todos):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 ETIQUETAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SINAIS VITAIS

Horário: ____:____ H

PA: _____ mmHg

Temperatura axilar: _____ °C

Frequência cardíaca: _____ bpm

Frequência respiratória: _____ mpm

Assinatura e carimbo do profissional da enfermagem do setor: _____