Diretoria:	Diretoria de Enfermagem	**Data da Emissão:**	28/10/2022
Área:	Gerência de Enfermagem do Centro Cirúrgico	**Versão nº.:**	1.0.0
Código:	PTC.DENF-GCME.001	**Próxima Revisão:**	OUT/2024

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS

a) AIH – Autorização de Internação Hospitalar.
b) ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
c) C.C. – Centro Cirúrgico.
d) CTI – Centro de Terapia Intensiva.
e) HRMS – Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.
f) MS – Ministério da Saúde.
g) NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
h) OMS – Organização Mundial da Saúde.
i) PAM – Pronto Atendimento Médico.
j) POI – Pós-Operatório Imediato.
k) RT – Responsável Técnico.
l) SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.
m) SRPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica.
n) TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
o) TE – Técnico de Enfermagem

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Gerais:

a) Oferecer assistência segura, eficiente e de qualidade aos clientes atendidos, estabelecendo ações para execução dos procedimentos cirúrgicos que são realizados no HRMS.

Específicos:

a) Garantir que o procedimento seja realizado conforme a meta 4 de segurança do paciente;
b) Estabelecer as medidas de segurança em todas etapas do procedimento cirúrgico;
c) Fortalecer a adesão ao cumprimento do checklist de cirurgia segura nos procedimentos eletivos e de urgência;
d) Tornar mais eficiente a comunicação Inter profissional e definir responsabilidades.

UTILIZADORES POTENCIAIS

a) Médicos Cirurgiões
b) Médicos Anestesistas
c) Administrativos
d) Enfermeiros
e) Técnicos de Enfermagem

ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Pacientes neonatos, pediátricos e adultos em atendimento no HRMS, submetidos à procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo ou urgência, que requeiram anestesia regional, geral ou sedação.

DESENVOLVIMENTO

A meta 4 de cirurgia segura consiste em um documento norteador sobre medidas a serem implementadas onde possibilita a comunicação efetiva da equipe, a prevenção e redução de eventos adversos relacionadas a procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos, bem como serve de auxílio para a equipe multiprofissional na utilização sistemática da Lista de Verificação (checklist) de Cirurgia Segura.

O checklist é uma lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens a serem realizados antes, durante e logo após o procedimento cirúrgico, por meio da checagem verbal e escrita. Tem como finalidade, evitar falhas que podem ocorrer e causar danos físicos e psíquicos irreparáveis ao cliente, familiares e profissionais, quando essas medidas de segurança não são sistematicamente adotadas.

Sendo assim, o presente Protocolo apresentará as estratégicas de segurança, baseadas nas recomendações do manual "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) e o "Protocolo Cirurgia Segura", do Ministério da Saúde (MS, 2013), alinhadas ao contexto institucional, a serem implementadas por meio de um checklist, construído seguindo os princípios de simplicidade, de ampla aplicabilidade e de possibilidade de mensuração, que contempla os 10 objetivos essenciais para cirurgia segura:

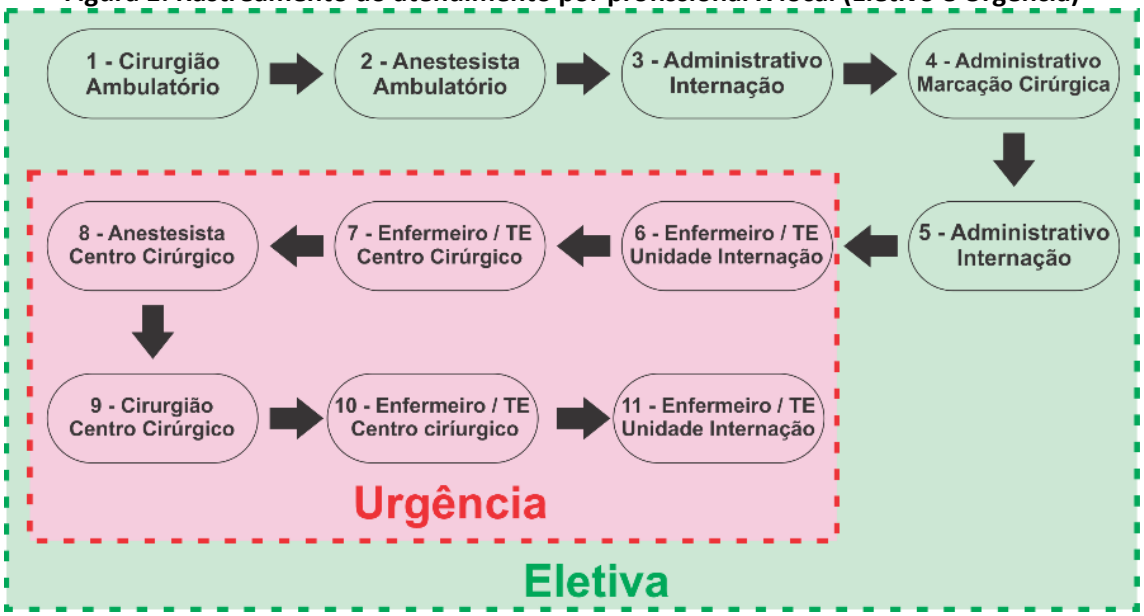
a) Certificar-se de que é o paciente certo e o sítio cirúrgico correto;
b) A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos;
c) A equipe usará métodos conhecidos e disponíveis para proteger pacientes da dor;
d) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para garantir via área necessidade a vida;
e) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
f) A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
g) A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico;
h) A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas;
i) A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os instrumentais cirúrgicos;
j) A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.

Os profissionais envolvidos nas etapas do atendimento constam da tabela 1 e a figura 1 ilustra o rastreamento da passagem do paciente.

Tabela 1: Profissionais envolvidos X Local de atendimento

CARÁTER	LOCAL	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
ELETIVO	AMBULATÓRIO	• Médico Cirurgião • Médico Anestesista
	INTERNAÇÃO	• Administrativo Internação • Administrativo Central de Marcação Cirúrgica
ELETIVO E URGÊNCIA	UNIDADE DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIA / CTI / PAM)	• Técnico de Enfermagem • Enfermeiro • Médico Cirurgião
	CENTRO CIRÚRGICO	• Técnico de enfermagem • Enfermeiro • Médico Cirurgião • Médico Anestesista

Figura 1: Rastreamento do atendimento por profissional X local (Eletivo e Urgência)



ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

a) Conhecer o presente Protocolo e as medidas que garantem a promoção da cirurgia segura;
b) Compartilhar os saberes Inter profissionais específicos e comuns em colaboração no planejamento, na execução e na avaliação das intervenções, antes, durante e após o procedimento, para a tomada de decisão;
c) Envolver o cliente e a sua família no planejamento diário dos cuidados;
d) Confirmar a identificação do cliente em todos os procedimentos a serem realizados;
e) Participar frequentemente de educações continuada;
f) Participar ativamente na condução e registro do Checklist de Cirurgia Segura (ver FORM.CHECKLIST.001/2022);
g) Notificar no "Sistemas Estratégicos MV" as falhas (erros, quase erros, incidentes) e eventos adversos ocorridos com pacientes, submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, conforme lista de eventos adversos cirúrgicos informado pela ANVISA e cadastrados no sistema (ver IT.CMDH-NQSP.001) ou através do Formulário de Notificação de incidente / evento adverso (ver FORM.NOT.001/2022).

AMBULATÓRIO

Responsável Técnico - RT/Chefe de Unidade

a) Supervisionar os cuidados prestados e o cumprimento de todas as etapas do Protocolo de Cirurgia Segura;
b) Realizar/providenciar o levantamento dos indicadores de segurança/qualidade.

Médico Cirurgião

a) Realizar consulta pré-operatória;
b) Esclarecer ao cliente e familiares sobre os riscos cirúrgicos;
c) Entregar ao paciente duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido Cirúrgico, onde uma via poderá levar para casa e conversar com a família, e no dia da cirurgia trazer a via assinada, ficando a outra via anexa ao prontuário.
d) Encaminhar paciente ao setor "Central de Marcação Cirúrgica", com todos os impressos preenchidos:
    a. Laudo para AIH (ver ANEXO 01);
    b. Solicitação de Internação (ver ANEXO 02);

c. Aviso de Operação (ver ANEXO 03)
d. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cirúrgico (ver FORM.TERMO.001-2022);
e. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Anestésico (ver FORM.TERMO.002-2022);

e) Prescrever os cuidados pré-operatórios e antibioticoterapia profilático e deixar anexo ao prontuário.

Médico Anestesista

a) Realizar consulta pré-anestésica;
b) Esclarecer o cliente e familiares sobre os riscos anestésicos;
c) Solicitar assinatura do Termo Livre e Esclarecido Anestésico.

CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CIRURGIA

Recepcionar os pacientes provenientes do ambulatório, após consulta médica, munidos de tais documentos:

a) Laudo para AIH (ver ANEXO 01);
b) Solicitação de Internação (ver ANEXO 02);
c) Aviso de Operação (ver ANEXO 03)
d) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cirúrgico (ver FORM.TERMO.001-2022);
e) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Anestésico (ver FORM.TERMO.001-2022) – Não obrigatório;

Caso falte algum desses documentos, solicitar ao paciente que retorne ao ambulatório para pegar o documento que faltou (exceto TCLE Anestésico).

INTERNAÇÃO

a) Recepcionar os pacientes da cirurgia eletiva;
b) Conferir documentos pessoais;
c) Fazer internação no sistema informatizado (SOUL MV);
d) Encaminhar paciente para o leito de internação juntamente com seu prontuário;

UNIDADE DE INTERNAÇÃO (Enfermaria, CTI e PAM)

Responsável Técnico - RT/Chefe de Unidade

a) Supervisionar os cuidados prestados e o cumprimento de todas as etapas do Checklist de Cirurgia Segura;
b) Realizar/providenciar o levantamento dos indicadores de segurança/qualidade.

Médico

a) Prescrever antibioticoterapia profilático e preparo;
b) Confirmar se o Termo Livre Esclarecido Cirúrgico está assinado;
c) Esclarecer o paciente caso haja alguma dúvida referente a cirurgia;
d) Realizar demarcação de sítio cirúrgico, quando se aplicar lateralidade;
e) Solicitar sala de Centro Cirúrgico quando houver avaliação de pacientes internados (urgência ou emergência), conforme fluxo e protocolo padronizado;

Médico Anestesista

a) Realizar consulta pré-anestésica, caso não seja realizada no Ambulatório;
b) Esclarecer ao cliente e familiares sobre os riscos anestésicos;
c) Solicitar assinatura do Termo Livre e Esclarecido Anestésico.

Enfermeiro

a) Garantir que os cuidados pré-operatórios sejam realizados antes de encaminhar o cliente ao Centro Cirúrgico;
b) Confirmar no Banco de Sangue, reserva sanguínea quando prescrito, e registrar no checklist;
c) Realizar ou supervisionar a equipe de enfermagem no preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura em suas diferentes etapas:
    a. 1. Admissão do paciente; e
    b. 5. Admissão pós procedimento;
d) Conferir organização do prontuário.

Técnico de Enfermagem

a) Implementar as intervenções para o preparo prescrito e/ou estabelecidas de acordo com a rotina tais como:
    a. Jejum;
    b. Tricotomia;
    c. Banho;
    d. Retirada de prótese;
    e. Adornos;
    f. Peças íntimas; e
    g. Lente de contato.
b) Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência durante a assistência prestada;
c) Realizar o preenchimento do checklist de Cirurgia Segura nas seguintes etapa:
    a. 1. Admissão do paciente; e
    b. 5. Admissão pós procedimento.
d) Conferir se o paciente está com pulseira de identificação (caso não esteja, solicitar à internação reimpressão);
e) Recepcionar equipe do transporte do centro cirúrgico, entregar prontuário e acompanhar até a enfermaria;
f) Receber paciente após liberação do C.C. em POI, encaminhado pela equipe do C.C., com passagem de qualquer intercorrência beira-leito.

CENTRO CIRÚRGICO

Responsável Técnico - RT/Chefe de Unidade

a) Supervisionar os cuidados prestados e o cumprimento de todas as etapas do Checklist de Cirurgia Segura;
b) Realizar/providenciar o levantamento dos indicadores de segurança/qualidade.

PRÉ-OPERATÓRIO

Médico cirurgião

a) Conferir se o TCLE está assinado
    a. Caso não estiver, solicitar ao paciente a assinatura antes de encaminhar a sala cirúrgica;
b) Verificar demarcação de sítio cirúrgico, quando se aplicar lateralidade;
    a. Caso não tenha sido feito, realizar a demarcação.

Médico anestesista

a) Conferir o preenchimento do TCLE Anestésico;
    a. Caso não tenha sido realizada consulta pré-anestésica, o cliente e familiares sobre os riscos anestésicos e providenciar a assinatura do TCLE Anestésico;

Enfermeiro

a) Realizar SAE, preenchendo campos obrigatórios tais como: Histórico e Avaliação de Risco;
b) Supervisionar e conferir se o TE está realizando preenchimento do checklist de cirurgia segura da maneira correta;
c) Confirmar reserva sanguínea no Banco de Sangue, quando prescrito, e registrar.

Técnico de Enfermagem

a) Recepcionar o paciente;
b) Realizar a conferência e preenchimento de checklist de cirurgia segura, etapa 2 pré-operatório.

SALA OPERATÓRIA

Médico

a) Participar de todas etapas do checklist de cirurgia segura, contribuindo para qualidade de assistência prestada;
b) Informar a equipe multiprofissional sobre os riscos e pontos críticos do procedimento cirúrgico no intraoperatório;
c) Conduzir e realizar o procedimento cirúrgico;
d) Participar da conferência das compressas e instrumentais utilizados, ao término da cirurgia;
e) Finalizar a cirurgia.

Médico Anestesista

a) Conferir aparelho de anestesia, laringoscópio, lâmina e material de intubação disponível antes do início da cirurgia;
b) Promover a monitorização hemodinâmica do cliente antes e durante a cirurgia;
c) Informar a equipe interprofissional sobre os riscos e pontos críticos no procedimento cirúrgico (via aérea difícil, risco de aspiração e alergias conhecidas);
d) Garantir a administração do antibiótico profilático antes da indução anestésica;
e) Decidir e aplicar o anestésico mais indicado;
f) Participar de todas etapas na aplicação do checklist de cirurgia segura.

Enfermeiro

a) Capacitar a equipe de enfermagem para prestar uma assistência que garanta a segurança do cliente no Perioperatório;
b) Gerenciar os recursos humanos de enfermagem e materiais necessários na sala operatória;
c) Realizar e supervisionar a equipe de enfermagem no preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura em suas diferentes etapas (SIGN IN; TIME OUT E SIGN OUT).

Técnico de Enfermagem Circulante

a) Conferir, preparar e montar a sala operatória com materiais e equipamentos de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos cirúrgicos levantados (seguir rotina estabelecida na unidade).
b) Conferir a integridade, a quantidade e validade dos materiais a serem utilizados, antes da cirurgia.
c) Implementar as intervenções no intra-operatório
d) Aplicar o checklist de cirurgia segura em todas as suas etapas (ver FORM.CHECKLIST.001-2022);
e) Posicionar o eletrocautério no cliente, antes da incisão cirúrgica;
f) Realizar registro de enfermagem (relatório), conforme rotina do setor;
g) Contar as compressas utilizadas junto ao médico cirurgião e instrumentador, ao término da cirurgia;
h) Identificar e encaminhar as peças anatômicas/culturas, ao término da cirurgia.

i) Fixar as etiquetas de esterilização (integrador) no prontuário, ao término da cirurgia (ver FORM.CHECKLIST.001-2022, pág 3);
j) Monitorar e acompanhar o cliente na SRPA;
k) Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência durante a assistência prestada.

Técnico de Enfermagem Instrumentador
a) Preparar e montar a sala operatória com materiais e equipamentos de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos cirúrgicos levantados;
b) Preparar o instrumental cirúrgico de acordo com o tipo de cirurgia;
c) Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais utilizados (seguir rotina estabelecida na unidade).
d) Realizar a contagem dos instrumentais cirúrgicos e compressas junto ao médico cirurgião, no início e ao término da cirurgia.

PÓS-OPERATÓRIO

Médico anestesista
a) Atentar para o manejo e recuperação, garantindo a estabilidade do estado geral do cliente;
b) Avaliar o cliente e dar alta da SRPA.

Enfermeiro
a) Realizar SAE, preenchendo campos obrigatórios tais como: Diagnóstico, Prescrição e Evolução;
b) Supervisionar e conferir se o TE está realizando preenchimento do checklist de cirurgia segura da maneira correta;

Técnico de Enfermagem
a) Admitir o paciente e realizar a monitorização;
b) Conferir se estão devidamente identificados os dispositivos (drenos, sonda vesical de demora, sonda nasoenteral, etc.), curativos e soluções;
c) Realizar o preenchimento do checklist de cirurgia segura antes de encaminhar paciente para o leito.

OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

A estrutura do checklist de Cirurgia Segura integra a verificação das medidas críticas gerais de segurança em todas as etapas desde a internação do paciente, sendo primordial os três momentos no pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória, descritos a seguir:

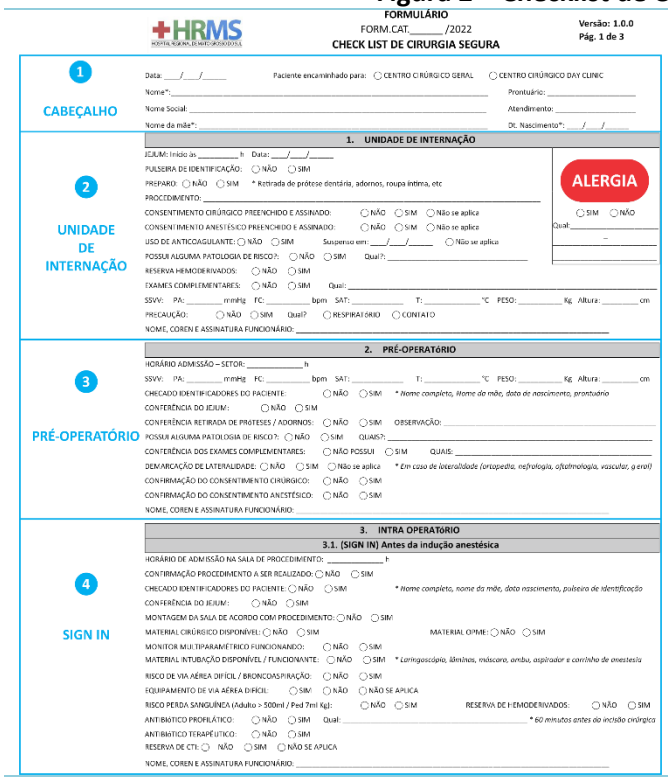
a) Antes do encaminhamento do cliente ao local onde realizará a cirurgia;
b) Antes da indução anestésica;
c) Antes do cliente sair da sala operatória.

Cabe a cada setor o preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura, conforme figura 2, 3 e 4.

A internação poderá ser day clinic (alta no mesmo dia) ou por mais de 24h (C.C., enfermaria, CTI ou PAM).

Cada momento do checklist trata de momentos específicos, afim de minimizar possíveis falhas e eventos adversos, estando de forma clara e objetiva.

Figura 2 – Checklist de Cirurgia Segura (página 1)



HRMS HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

FORMULÁRIO
FORM.CAT._____ /2022
CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Versão: 1.0.0
Pág. 1 de 3

1 CABEÇALHO

Data: ___/___/_____ Paciente encaminhado para: ◯ CENTRO CIRÚRGICO GERAL ◯ CENTRO CIRÚRGICO DAY CLINIC
Nome*: _____ Prontuário: _____
Nome Social: _____ Atendimento: _____
Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ___/___/____

2 UNIDADE DE INTERNAÇÃO

1. UNIDADE DE INTERNAÇÃO

JEJUM: Início às _____ h Data: ___/___/____
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: ◯ NÃO ◯ SIM
PREPARO: ◯ NÃO ◯ SIM * Retirada de prótese dentária, adornos, roupa íntima, etc
PROCEDIMENTO: _____
CONSENTIMENTO CIRÚRGICO PREENCHIDO E ASSINADO: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ Não se aplica
CONSENTIMENTO ANESTÉSICO PREENCHIDO E ASSINADO: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ Não se aplica
USO DE ANTICOAGULANTE: ◯ NÃO ◯ SIM Suspenso em: ___/___/____ ◯ Não se aplica
POSSUI ALGUMA PATOLOGIA DE RISCO?: ◯ NÃO ◯ SIM Qual?: _____
RESERVA HEMODERIVADOS: ◯ NÃO ◯ SIM
EXAMES COMPLEMENTARES: ◯ NÃO ◯ SIM Qual: _____
SSVV: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm SAT: _____ T: _____ °C PESO: _____ Kg Altura: _____ cm
PRECAUÇÃO: ◯ NÃO ◯ SIM Qual? ◯ RESPIRATÓRIO ◯ CONTATO
NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

ALERGIA
◯ SIM ◯ NÃO
Qual: _____

3 PRÉ-OPERATÓRIO

2. PRÉ-OPERATÓRIO

HORÁRIO ADMISSÃO – SETOR: _____ h
SSVV: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm SAT: _____ T: _____ °C PESO: _____ Kg Altura: _____ cm
CHECADO IDENTIFICADORES DO PACIENTE: ◯ NÃO ◯ SIM * Nome completo, Nome da mãe, data de nascimento, prontuário
CONFERÊNCIA DO JEJUM: ◯ NÃO ◯ SIM
CONFERÊNCIA RETIRADA DE PRÓTESES / ADORNOS: ◯ NÃO ◯ SIM OBSERVAÇÃO: _____
POSSUI ALGUMA PATOLOGIA DE RISCO?: ◯ NÃO ◯ SIM QUAIS?: _____
CONFERÊNCIA DOS EXAMES COMPLEMENTARES: ◯ NÃO POSSUI ◯ SIM QUAIS: _____
DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ Não se aplica * Em caso de lateralidade (ortopedia, nefrologia, oftalmologia, vascular, geral)
CONFIRMAÇÃO DO CONSENTIMENTO CIRÚRGICO: ◯ NÃO ◯ SIM
CONFIRMAÇÃO DO CONSENTIMENTO ANESTÉSICO: ◯ NÃO ◯ SIM
NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

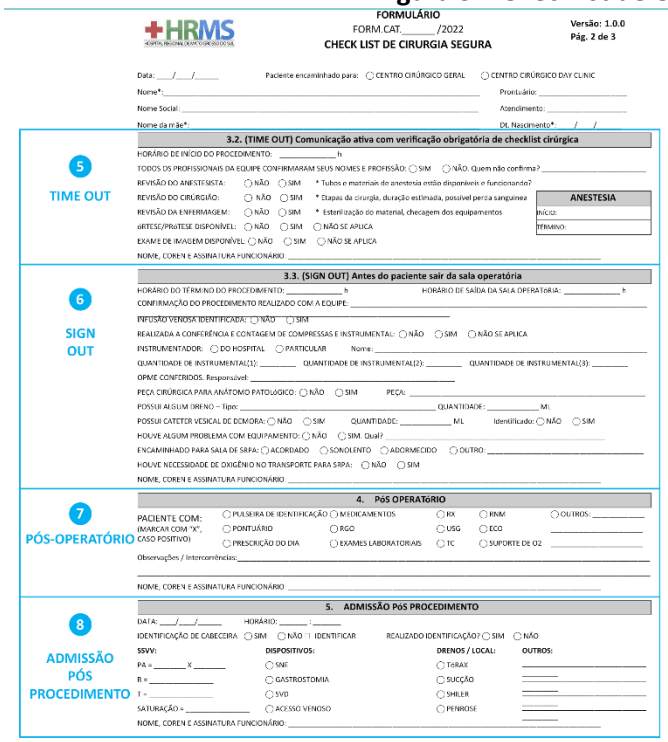
4 SIGN IN

3. INTRA OPERATÓRIO
3.1. (SIGN IN) Antes da indução anestésica

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SALA DE PROCEDIMENTO: _____ h
CONFIRMAÇÃO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: ◯ NÃO ◯ SIM
CHECADO IDENTIFICADORES DO PACIENTE: ◯ NÃO ◯ SIM * Nome completo, nome da mãe, data nascimento, pulseira de identificação
CONFERÊNCIA DO JEJUM: ◯ NÃO ◯ SIM
MONTAGEM DA SALA DE ACORDO COM PROCEDIMENTO: ◯ NÃO ◯ SIM
MATERIAL CIRÚRGICO DISPONÍVEL: ◯ NÃO ◯ SIM MATERIAL OPME: ◯ NÃO ◯ SIM
MONITOR MULTIPARAMÉTRICO FUNCIONANDO: ◯ NÃO ◯ SIM
MATERIAL INTUBAÇÃO DISPONÍVEL / FUNCIONANTE: ◯ NÃO ◯ SIM * Laringoscópio, lâminas, máscara, ambu, aspirador e cânula de anestesia
RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL / BRONCOASPIRAÇÃO: ◯ NÃO ◯ SIM
EQUIPAMENTO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA
RISCO PERDA SANGUÍNEA (Adulto > 500ml / Ped 7ml Kg): ◯ NÃO ◯ SIM RESERVA DE HEMODERIVADOS: ◯ NÃO ◯ SIM
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: ◯ NÃO ◯ SIM Qual: _____ * 60 minutos antes da incisão cirúrgica
ANTIBIÓTICO TERAPÊUTICO: ◯ NÃO ◯ SIM
RESERVA DE CTI: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA
NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

O quê	Onde	Quem
1 CABEÇALHO	Internação eletiva	Administrativo internação.
	Paciente internado	TE unidade de internação.
2 UNIDADE DE INTERNAÇÃO		TE unidade de internação.
3 PRÉ-OPERATÓRIO	Cirurgia agendada	TE admissão C.C.
4 SIGN IN	Cirurgia agendada	TE admissão C.C.

Figura 3 – Checklist de Cirurgia Segura (página 2)



HRMS HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

FORMULÁRIO
FORM.CAT._____ /2022
CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Versão: 1.0.0
Pág. 2 de 3

Data: ___/___/_____ Paciente encaminhado para: ◯ CENTRO CIRÚRGICO GERAL ◯ CENTRO CIRÚRGICO DAY CLINIC
Nome*: _____ Prontuário: _____
Nome Social: _____ Atendimento: _____
Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ___/___/____

5 TIME OUT

3.2. (TIME OUT) Comunicação ativa com verificação obrigatória de checklist cirúrgica

HORÁRIO DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO: _____ h
TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE CONFIRMARAM SEUS NOMES E PROFISSÃO: ◯ SIM ◯ NÃO. Quem não confirma? _____
REVISÃO DO ANESTESISTA: ◯ NÃO ◯ SIM * Tubos e materiais de anestesia estão disponíveis e funcionando?
REVISÃO DO CIRURGIÃO: ◯ NÃO ◯ SIM * Etapas da cirurgia, duração estimada, possível perda sanguínea
REVISÃO DA ENFERMAGEM: ◯ NÃO ◯ SIM * Esterilização do material, checagem dos equipamentos
ÓRTESE/PRÓTESE DISPONÍVEL: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA
EXAME DE IMAGEM DISPONÍVEL: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA
NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

ANESTESIA
INÍCIO:
TÉRMINO:

6 SIGN OUT

3.3. (SIGN OUT) Antes do paciente sair da sala operatória

HORÁRIO DO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO: _____ h HORÁRIO DE SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA: _____ h
CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO COM A EQUIPE: _____
INFUSÃO VENOSA IDENTIFICADA: ◯ NÃO ◯ SIM
REALIZADA A CONFERÊNCIA E CONTAGEM DE COMPRESSAS E INSTRUMENTAL: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA
INSTRUMENTADOR: ◯ DO HOSPITAL ◯ PARTICULAR Nome: _____
QUANTIDADE DE INSTRUMENTAL(1): _____ QUANTIDADE DE INSTRUMENTAL(2): _____ QUANTIDADE DE INSTRUMENTAL(3): _____
OPME CONFERIDOS. Responsável: _____
PEÇA CIRÚRGICA PARA ANÁTOMO PATOLÓGICO: ◯ NÃO ◯ SIM PEÇA: _____
POSSUI ALGUM DRENO – Tipo: _____ QUANTIDADE: _____ ML
POSSUI CATETER VESICAL DE DEMORA: ◯ NÃO ◯ SIM QUANTIDADE: _____ ML Identificado: ◯ NÃO ◯ SIM
HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO: ◯ NÃO ◯ SIM. Qual? _____
ENCAMINHADO PARA SALA DE SRPA: ◯ ACORDADO ◯ SONOLENTO ◯ ADORMECIDO ◯ OUTRO: _____
HOUVE NECESSIDADE DE OXIGÊNIO NO TRANSPORTE PARA SRPA: ◯ NÃO ◯ SIM
NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

7 PÓS-OPERATÓRIO

4. PÓS OPERATÓRIO

PACIENTE COM: (MARCAR COM "X", CASO POSITIVO)
◯ PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ◯ MEDICAMENTOS ◯ RX ◯ RNM ◯ OUTROS: _____
◯ PONTUÁRIO ◯ RGO ◯ USG ◯ ECO
◯ PRESCRIÇÃO DO DIA ◯ EXAMES LABORATORIAIS ◯ TC ◯ SUPORTE DE O2
Observações / Intercorrências: _____
NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

8 ADMISSÃO PÓS PROCEDIMENTO

5. ADMISSÃO PÓS PROCEDIMENTO

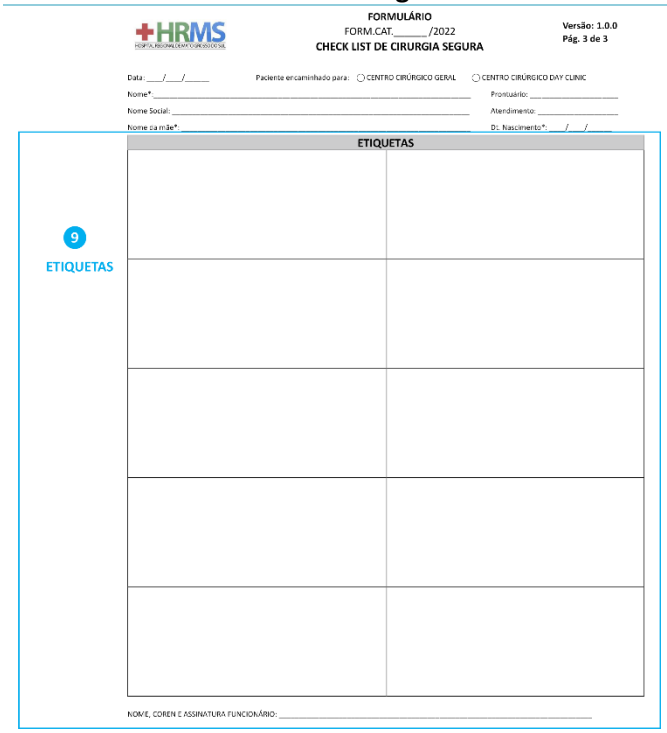
DATA: ___/___/____ HORÁRIO: ____ : ____
IDENTIFICAÇÃO DE CABECEIRA: ◯ SIM ◯ NÃO ◯ IDENTIFICAR REALIZADO IDENTIFICAÇÃO? ◯ SIM ◯ NÃO

SSVV:	DISPOSITIVOS:	DRENOS / LOCAL:	OUTROS:
PA = ____ X ____	◯ SNE	◯ TORAX	____
R = ____	◯ GASTROSTOMIA	◯ SUCÇÃO	____
T = ____	◯ SVD	◯ SHILER	____
SATURAÇÃO = ____	◯ ACESSO VENOSO	◯ PENROSE	____

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

O quê	Onde	Quem
5 TIME OUT	Procedimento agendado	Administrativo setor.
	Cirurgia agendada	Técnico de enfermagem admissão C.C.
6 SIGN OUT	Procedimento agendado	TE setor
	Cirurgia agendada	TE admissão C.C.
7 PÓS-OPERATÓRIO	Procedimento agendado	TE setor
	Cirurgia agendada	TE admissão C.C.
8 ADMISSÃO PÓS PROCEDIMENTO	Procedimento agendado	TE setor
	Cirurgia agendada	TE unidade de internação

Figura 4 – Checklist de Cirurgia Segura (página 3)


FORMULÁRIO
FORM.CAT._____/2022
CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA
Versão: 1.0.0
Pág. 3 de 3

Data: ___/___/_____ Paciente encaminhado para: ◯ CENTRO CIRÚRGICO GERAL ◯ CENTRO CIRÚRGICO DAY CLINIC
Nome*: _____ Prontuário: _____
Nome Social: _____ Atendimento: _____
Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ___/___/_____

9
ETIQUETAS

ETIQUETAS	

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

O quê	Onde	Quem
9 ETIQUETAS		TE C.C.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

Para o gerenciamento dos riscos em cirurgias realizadas no HRMS, o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente irá realizar análise por amostragem dos prontuários dos pacientes, com a verificação do checklist de cirurgia segura, sendo calculada a Taxa Adesão ao Checklist conforme recomendação da ANVISA (2013) pela Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013 com o objetivo de promover mecanismos de identificação de conformidades.

FÓRMULA DO INDICADOR: Quantidade de checklist preenchido / número de cirurgia analisadas no mês X 100.
PERIODICIDADE DE VERIFICAÇÃO: Mensal.
META: 95% de adesão.

O NQSP irá acompanhar a adesão do checklist realizando auditorias para elaboração de indicadores de qualidade sobre o preenchimento do checklist de cirurgia segura.

É dever de todos os profissionais de saúde realizar a notificação de falhas e/ou eventos adversos ocorridos decorrente do procedimento realizado no paciente, conforme recomendações da ANVISA.

Os profissionais assistenciais deverão notificar as falhas e eventos adversos através do Sistema Estratégico MV (ver IT.CMDH-NQSP.001) ou por formulário de notificação de incidentes e eventos adversos (ver FORM.NOT.001/2022).

Os eventos adversos com dano de grau grave e/ou óbito (never events) deverão ser informados ao NQSP em até 72h do evento.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE	
NÃO CONFORMIDADE	**AÇÃO DE CORREÇÃO**
Paciente sem pulseira de identificação	Solicitar ao setor de internação impressão de nova pulseira.
Paciente chega ao setor destino sem prontuário.	Solicitar ao setor de origem ou internação que traga o mesmo.
Chegar ao procedimento sem jejum ou com preparo inadequado para cirurgia.	Comunicar médico responsável para tomada de conduta.
Paciente portando pertences de valor tais como: adornos, próteses dentárias, dinheiro, documentos e lentes de contato.	Solicitar ao plantão administrativo para recolhimento dos pertences de valor, outros itens e objetos pessoais entregar ao acompanhante ou o setor de origem.
Ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cirúrgico.	Solicitar ao médico aplicação do termo antes do procedimento e as devidas assinaturas.
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cirúrgico sem assinatura do paciente e/ou médico assistente.	Solicitar ao médico assinatura ou aplicação do termo antes do procedimento e as devidas assinaturas.
Ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Anestésico.	Solicitar ao médico aplicação do termo antes do procedimento e as devidas assinaturas.
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Anestésico sem assinatura do paciente e/ou médico assistente.	Solicitar ao médico assinatura ou aplicação do termo antes do procedimento e as devidas assinaturas.
Sem demarcação lateralidade.	Solicitar ao médico, no pré-operatório, realizar demarcação.
Sem reserva de sangue.	Solicitar ao Banco Sangue coleta de amostra para realizar a prova cruzada.

HISTÓRICO DE REVISÕES		
VERSÃO	**DATA**	**DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO**
1.0.0	28/10/2022	Emissão inicial

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2016. Disponível em: < https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf > Acesso em: 01 Ago.2022.

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 04/2017. **Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde** 2017. Disponível em: < https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-04-2017.pdf >. Acesso em: 01 Out. 2022.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** 2013. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html >. Acesso em: 03 Set. 2022.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.
- FERRAZ, E.M. **A cirurgia segura: uma exigência do século XXI**. Rev Col Bras Cir. 2009;36 (4):281-2.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. **Protocolo para cirurgia segura**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente.** 2014. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf >. Acesso em: 10 Set. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo de identificação do paciente**. PROQUALIS. 2013. Disponível em: < https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo_de_Identificação do Paciente.pdf > . Acesso em: 10 Set. 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; Et al. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas**. 2009. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf > Acesso em: 01 Ago. 2022.

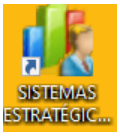
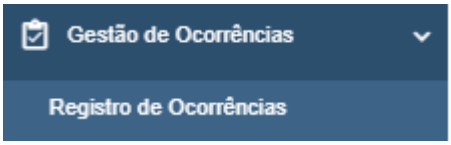
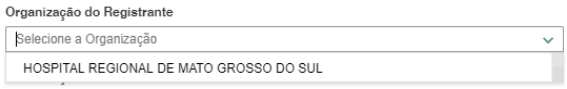
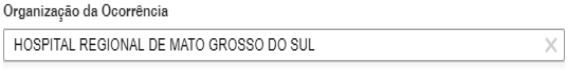
ANEXOS
a) IT.CMDH-NQSP.001 – Preenchimento da notificação da ocorrência de evento adverso no Sistema Estratégico MV
b) FORM.CHECKLIST.001-2022 – Checklist de Cirurgia de Segura.
c) FORM.NOT.001-2022 – Notificação de incidente evento adverso.
d) FORM.TERMO.001-2022 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cirúrgico.
e) FORM.TERMO.002-2022 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Anestésico.
f) ANEXO 01 – Laudo para Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
g) ANEXO 02 – Solicitação de Internação.
h) ANEXO 03 – Aviso de Operação.

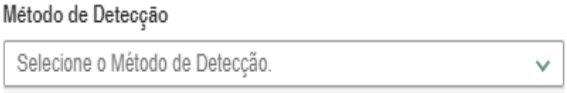
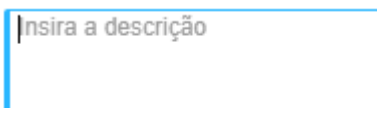
ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
Data: 27/09/2022 Lilian Vilalba Pinto – GCME-LA	Data: 26/10/2022 Mario Massahide Goto Junior – GGC 24/10/2022 Simone Oliveira De Carvalho – NQSP Resposta CI 34/GCC – 26/10/2022	Data: 28/10/2022 Paulo Eduardo Limberger – DTA Resposta CI 36/GGC – 26/10/2022 Luis Carlos de Oliveira Junior – DENF Resposta CI 35/GGC – 28/10/2022

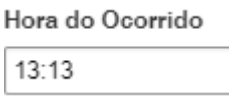
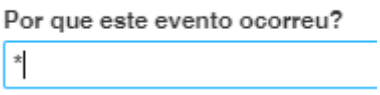
Diretoria:	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional	**Data da Emissão:**	27/09/2022
Área:	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	**Versão nº.:**	1.0.0
Código:	IT.CMDH-NQSP.001	**Próxima Revisão:**	SET/2024

PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EVENTO ADVERSO NO SISTEMA ESTRATÉGICO MV

Instrumento norteador para o preenchimento da notificação de eventos adversos no Sistema Estratégico.

SEQ	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	ILUSTRAÇÃO	RESPONSÁVEL
1.	Realizar um clique duplo (dois cliques consecutivos) no ícone do Sistemas Estratégicos MV localizado na área de trabalho.		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
2.	Digitar usuário e senha, e em seguida, clicar em Entrar. Caso não possua acesso ou não consiga efetuar o login, entrar em contato com a TI no ramal 2504.		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
3.	No menu lateral esquerdo, clicar em Gestão de Ocorrência, e em seguida, em Registro de Ocorrência.		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
4.	Caso não queira se identificar, selecionar a opção Anônimo.		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
5.	Selecionar a Organização do Registrante (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
6.	Selecionar o Setor do Registrante (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
7.	Selecionar a Organização da Ocorrência (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.

SEQ	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	ILUSTRAÇÃO	RESPONSÁVEL
8.	Selecionar o Setor da Ocorrência (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
9.	Selecionar o Responsável pelo setor (opcional)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
10.	Selecionar o Tipo da Ocorrência (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
11.	Selecionar a Ocorrência (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
12.	Selecionar o Método de Detecção (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
13.	Selecionar a Ação Imediata (opcional)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
14.	Informar o Título da ocorrência (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
15.	Inserir a descrição da ocorrência (obrigatório).		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
16.	Selecionar a Data do Ocorrido (obrigatório)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.

SEQ	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	ILUSTRAÇÃO	RESPONSÁVEL
17.	Preencher a Hora do Ocorrido (opcional)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
18.	Preencher o Nome do Paciente e confirmar a data de nascimento (obrigatório). Caso haja um evento que envolva mais de um paciente (mesmo evento), referenciar apenas um paciente e descrever os nomes dos pacientes e o evento no campo descrição. Exemplo: falta de capote para atender os pacientes do setor.		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
19.	Preencher os formulários específicos. Se não souber a resposta poderá digitar o sinal gráfico asterisco (*).		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
20.	Inserir documentos, fotos se houver (opcional)		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.
21.	Clicar no botão Salvar		Equipe multiprofissional e administrativos da Instituição.

HISTÓRICO DE REVISÕES		
VERSÃO	**DATA**	**DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO**
1.0.0	27/09/2022	Emissão inicial

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
Data: 01/06/2022 Simone Oliveira de Carvalho CI 89/ NQSP – 13/06/2022	Data: 20/09/2022 Mario Massahide Goto Junior – GGC 15/06/2022 Alessandra Beatriz de Oliveira – GTIN Resposta CI 28/GGC - 20/09/202	Data: 26/09/2022 Roberta Alves Higa – DEPQI Resposta CI 30/GGC – 26/09/2022

Data: ____/____/_____ Paciente encaminhado para: ◯ CENTRO CIRÚRGICO GERAL ◯ CENTRO CIRÚRGICO DAY CLINIC

Nome*:_____ Prontuário: _____

Nome Social: _____ Atendimento: _____

Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ____/____/_____

1. UNIDADE DE INTERNAÇÃO

JEJUM: Início às _____ h Data: ____/____/_____

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: ◯ NÃO ◯ SIM

PREPARO: ◯ NÃO ◯ SIM * Retirada de prótese dentária, adornos, roupa íntima, etc

PROCEDIMENTO: _____

CONSENTIMENTO CIRÚRGICO PREENCHIDO E ASSINADO: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ Não se aplica

CONSENTIMENTO ANESTÉSICO PREENCHIDO E ASSINADO: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ Não se aplica

USO DE ANTICOAGULANTE: ◯ NÃO ◯ SIM Suspenso em: ____/____/_____ ◯ Não se aplica

POSSUI ALGUMA PATOLOGIA?: ◯ NÃO ◯ SIM Qual?: _____

RESERVA HEMODERIVADOS: ◯ NÃO ◯ SIM

EXAMES COMPLEMENTARES: ◯ NÃO ◯ SIM Qual: _____

SSVV: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm SAT: _____ T: _____ °C PESO: _____ Kg Altura: _____ cm

PRECAUÇÃO: ◯ NÃO ◯ SIM Qual? ◯ RESPIRATÓRIO ◯ CONTATO

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

ALERGIA

◯ SIM ◯ NÃO

Qual:_____

_____

_____

2. PRÉ-OPERATÓRIO

HORÁRIO ADMISSÃO – SETOR: _____ h

SSVV: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm SAT: _____ T: _____ °C PESO: _____ Kg Altura: _____ cm

CHECADO IDENTIFICADORES DO PACIENTE: ◯ NÃO ◯ SIM ** Nome completo, Nome da mãe, data de nascimento, prontuário*

CONFERÊNCIA DO JEJUM: ◯ NÃO ◯ SIM

CONFERÊNCIA RETIRADA DE PRÓTESES / ADORNOS: ◯ NÃO ◯ SIM OBSERVAÇÃO: _____

POSSUI ALGUMA PATOLOGIA?: ◯ NÃO ◯ SIM QUAIS?: _____

CONFERÊNCIA DOS EXAMES COMPLEMENTARES: ◯ NÃO POSSUI ◯ SIM QUAIS: _____

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ Não se aplica ** Em caso de lateralidade (ortopedia, nefrologia, oftalmologia, vascular, geral)*

CONFIRMAÇÃO DO CONSENTIMENTO CIRÚRGICO: ◯ NÃO ◯ SIM

CONFIRMAÇÃO DO CONSENTIMENTO ANESTÉSICO: ◯ NÃO ◯ SIM

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

3. INTRA-OPERATÓRIO

3.1. (SIGN IN) Antes da indução anestésica

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SALA DE PROCEDIMENTO: _____ h

CONFIRMAÇÃO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: ◯ NÃO ◯ SIM

CHECADO IDENTIFICADORES DO PACIENTE: ◯ NÃO ◯ SIM ** Nome completo, nome da mãe, data nascimento, pulseira de identificação*

CONFERÊNCIA DO JEJUM: ◯ NÃO ◯ SIM

MONTAGEM DA SALA DE ACORDO COM PROCEDIMENTO: ◯ NÃO ◯ SIM

MATERIAL CIRÚRGICO DISPONÍVEL: ◯ NÃO ◯ SIM MATERIAL OPME: ◯ NÃO ◯ SIM

MONITOR MULTIPARAMÉTRICO FUNCIONANDO: ◯ NÃO ◯ SIM

MATERIAL INTUBAÇÃO DISPONÍVEL / FUNCIONANTE: ◯ NÃO ◯ SIM * Laringoscópio, lâminas, máscara, ambu, aspirador e carrinho de anestesia

RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: ◯ NÃO ◯ SIM BRONCOASPIRAÇÃO: ◯ NÃO ◯ SIM

EQUIPAMENTO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

RISCO PERDA SANGUÍNEA (Adulto > 500ml / Ped 7ml Kg): ◯ NÃO ◯ SIM RESERVA DE HEMODERIVADOS: ◯ NÃO ◯ SIM

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: ◯ NÃO ◯ SIM Qual: _____ ** 60 minutos antes da incisão cirúrgica*

ANTIBIÓTICO TERAPÊUTICO: ◯ NÃO ◯ SIM

RESERVA DE CTI: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

Data: ____/____/_____ Paciente encaminhado para: ◯ CENTRO CIRÚRGICO GERAL ◯ CENTRO CIRÚRGICO DAY CLINIC

Nome*:_____ Prontuário: _____

Nome Social: _____ Atendimento: _____

Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ____/____/_____

3.2. (TIME OUT) Comunicação ativa com verificação obrigatória de checklist cirúrgica

HORÁRIO DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO: _____ h

TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE CONFIRMARAM SEUS NOMES E PROFISSÃO: ◯ SIM ◯ NÃO. Quem não confirma? _____

REVISÃO DO ANESTESISTA: ◯ NÃO ◯ SIM * Tubos e materiais de anestesia estão disponíveis e funcionando?

REVISÃO DO CIRÚRGIÃO: ◯ NÃO ◯ SIM * Etapas da cirurgia, duração estimada, possível perda sanguínea

REVISÃO DA ENFERMAGEM: ◯ NÃO ◯ SIM * Esterilização do material, checagem dos equipamentos

ÓRTESE/PRÓTESE DISPONÍVEL: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA

EXAME DE IMAGEM DISPONÍVEL: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA

ANESTESIA
INÍCIO:
TÉRMINO:

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

3.3. (SIGN OUT) Antes do paciente sair da sala operatória

HORÁRIO DO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO: _____ h HORÁRIO DE SAÍDA DA SALA OPERATÓRIA: _____ h

CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO COM A EQUIPE: _____

INFUSÃO VENOSA IDENTIFICADA: ◯ NÃO ◯ SIM

REALIZADA A CONFERÊNCIA E CONTAGEM DE COMPRESSAS E INSTRUMENTAL: ◯ NÃO ◯ SIM ◯ NÃO SE APLICA

INSTRUMENTADOR: ◯ DO HOSPITAL ◯ PARTICULAR Nome: _____

QUANTIDADE DE INSTRUMENTAL(1): _____ QUANTIDADE DE INSTRUMENTAL(2): _____ QUANTIDADE DE INSTRUMENTAL(3): _____

OPME CONFERIDOS. Responsável: _____

PEÇA CIRÚRGICA PARA ANÁTOMO PATOLÓGICO: ◯ NÃO ◯ SIM PEÇA: _____

POSSUI ALGUM DRENO – Tipo: _____ QUANTIDADE: _____ ML

POSSUI CATETER VESICAL DE DEMORA: ◯ NÃO ◯ SIM QUANTIDADE: _____ ML Identificado: ◯ NÃO ◯ SIM

HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO: ◯ NÃO ◯ SIM. Qual? _____

ENCAMINHADO PARA: ◯ SRPA ◯ ENFERMARIA ◯ CTI ◯ OUTRO: _____

ESTADO GERAL: ◯ ACORDADO ◯ SONOLENTO ◯ ADORMECIDO ◯ IOT ◯ OUTRO: _____

HOUVE NECESSIDADE DE OXIGÊNIO NO TRANSPORTE PARA SRPA: ◯ NÃO ◯ SIM

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

4. PÓS-OPERATÓRIO

PACIENTE COM:
(MARCAR COM "X", CASO POSITIVO)

◯ PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ◯ MEDICAMENTOS ◯ RX ◯ RNM ◯ OUTROS: _____
◯ PONTUÁRIO ◯ RGO ◯ USG ◯ ECO _____
◯ PRESCRIÇÃO DO DIA ◯ EXAMES LABORATORIAIS ◯ TC ◯ SUPORTE DE O2 _____

Observações / Intercorrências:_____

_____

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

5. ADMISSÃO PÓS PROCEDIMENTO

DATA: ____/____/_____ HORÁRIO: _____ : _____

IDENTIFICAÇÃO DE CABECEIRA ◯ SIM ◯ NÃO ➔ IDENTIFICAR REALIZADO IDENTIFICAÇÃO? ◯ SIM ◯ NÃO

SSVV:	**DISPOSITIVOS:**	**DRENOS / LOCAL:**	**OUTROS:**
PA = _____ X _____	◯ SNE	◯ TÓRAX	_____
R = _____	◯ GASTROSTOMIA	◯ SUCÇÃO	_____
T = _____	◯ SVD	◯ SHILER	_____
SATURAÇÃO = _____	◯ ACESSO VENOSO	◯ PENROSE	_____

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

Data: ____/____/_____ Paciente encaminhado para: ◯ CENTRO CIRÚRGICO GERAL ◯ CENTRO CIRÚRGICO DAY CLINIC

Nome*:_____ Prontuário: _____

Nome Social: _____ Atendimento: _____

Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ____/____/_____

ETIQUETAS	

NOME, COREN E ASSINATURA FUNCIONÁRIO: _____

FORMULÁRIO
FORM.NOT.001/2022
NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome/Nome Social_____ Data de Nascimento: ___/___/___

Nome da mãe: _____ Prontuário: _____

Setor da ocorrência: _____ Data da ocorrência: ____/___/___

Data da Notificação: ____/____/____ Enfermaria/Leito: _____

2 – INCIDENTE / EVENTO ADVERSO OCORRIDO COM O PACIENTE DEVIDO A:

◯ Queda

◯ Falha da identificação do paciente

◯ Broncoaspiração

◯ Falha de medicação relacionado à rotulagem/ prescrição/diluição/dispensação/administração

◯ Erro/falha em procedimento cirúrgico

◯ Lesão de pele relacionada à dispositivos médicos. Especifique qual dispositivo_____

◯ Dermatite associada à incontinência (DAI)

◯ Perda acidental de dispositivos. Especifique

_____

◯ Incidente no acesso venoso periférico.

◯ Flebite. Especifique

◯ Química ◯ Mecânica ◯ infecciosa

Grau: ◯ I ◯ II ◯ III ◯ IV

◯ Saída acidental de sonda nasoenteral/gástrica

◯ Extubação acidental

◯ Reação adversa com medicamentos. Especifique

_____

◯ Lesão por contenção mecânica

◯ Evasão de paciente

◯ Perda de amostra biológica. Especifique

_____

◯ Incidentes com hemoderivados. Especifique

_____

◯ Lesão por pressão. Informe o local e estágio I-II-III-IV-não classificável. _____

_____

◯ Lesão tissular profunda. Local_____

◯ Falha de equipamento hospitalar: Tecnovigilância. Especifique no **item 3**.

◯ Defeito da qualidade medicação: Farmacovigilância Especifique no **item 3**.

◯ OUTRO: _____

_____

_____

_____

_____

3 – PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E/OU TECNOVIGILÂNCIA

OBS: Colar etiqueta ou preencher: Digitalizar um imagem (Foto) do defeito para enviar por EDOC S/N

Se defeito/falha com medicamento

Nome do produto: _____

Marca do fabricante: _____

Lote: _____

Validade: _____

Se defeito/falha com equipamento hospitalar

Equipamento: _____

Número de série: _____

Data manutenção preventiva: _____

Número de patrimônio: _____

4 – NÃO CONFORMIDADE ENCONTRADA

5 – DESCRIÇÃO DO EVENTO (O que aconteceu com o paciente, data, horários, envolvidos...)

6 – AÇÕES IMEDIATAS REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS PARA ATENDER O PACIENTE

6 – AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE PARA EVITAR QUE ACONTEÇA NOVAMENTE

7 – SUGESTÕES DE MELHORIA

8 – POSSÍVEIS CAUSAS

◯ Falta de conhecimento (não sabe o que fazer)

◯ Não cumprimento de Regras (sabe o que fazer, mas não aplica as regras ou aplica incorretamente)

◯ Falta de dados (informação insuficiente ou parciais / falha de comunicação)

◯ Especificações insuficientes (processo não definido claramente)

◯ Ações automáticas (o processo é familiar e age sem pensar na ação)

◯ Distração ◯ Esquecimento ◯ Outros. Quais? _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome*:_____ Prontuário: _____

Nome Social: _____ Atendimento: _____

Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ____/____/____

Procedimento cirúrgico proposto: _____

Por este instrumento, eu _____,

☐ Paciente ☐ Responsável (Parentesco: _____), declaro que:

1) Fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:
   _____
   _____
   _____
   _____
2) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade(s) diagnosticada(s);
3) Para tentar curar, ou melhorar a (s) supra citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) e o tratamento/procedimento médico pode necessitar de cuidados diferentes daqueles inicialmente previstos;
4) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:
   _____
   _____
   _____
5) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia para controle de dor. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos locais e/ou sedação pelo anestesista pode causar complicações, ainda que isto seja pouco frequente. Essas complicações podem estar relacionadas à alergias causando intoxicação aguda e suas consequências;

6) Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, inclusive os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com as particularidades de cada evento;
7) Esta autorização é dada ao Dr (a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;
8) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;
9) CONSINTO, portanto, ao(à) médico(a) acima identificado(a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Campo Grande - MS, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima escritos.

Campo Grande - MS, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura e carimbo do médico

Identificação do paciente

Nome*:_____ Prontuário: _____

Nome Social: _____ Atendimento: _____

Nome da mãe*: _____ Dt. Nascimento*: ____/____/____

Procedimento cirúrgico proposto: _____

Eu,_____,

declaro ter recebido explicações sobre o tipo de intervenção anestésica que receberei.

Fui devidamente informado (a) das possíveis intercorrências, bem como dos riscos inerentes e naturais ao ato anestésico.

Declaro que não omiti informações relacionadas ao meu estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar o ato anestesio-cirúrgico.

Aceito que o(s) médicos(s) anestesiologista(s) escolha(m) a técnica anestésica mais adequada para o procedimento a que serei submetido(a), substituindo-a quando se fizer necessário.

Autorizo a equipe médica a proceder quaisquer técnicas ou tratamentos necessários à ideal condução do ato anestésico-cirúrgico.

Concordando com o proposto firmo o presente.

Campo Grande - MS, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do paciente ou responsável

_____
Assinatura e carimbo do médico

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3

10 -RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

SOLICITO INTERNAR O(A) PACIENTE: _____

_____

EM NOME DO (A) DR. (A) : _____

PRONTUÁRIO: _____

CATEGORIA: _____

ESPECIALIDADE: _____

INTERNAR: _____

DATA: _____/_____/_____ **HORÁRIO:** _____

CAMPO GRANDE - MS, _____ **DE** _____ **DE** _____

ASSINATURA / CARIMBO / CRM

CÓD. 30.30.05.12– 11/99

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

SOLICITO INTERNAR O(A) PACIENTE: _____

_____

EM NOME DO (A) DR. (A) : _____

PRONTUÁRIO: _____

CATEGORIA: _____

ESPECIALIDADE: _____

INTERNAR: _____

DATA: _____/_____/_____ **HORÁRIO:** _____

CAMPO GRANDE - MS, _____ **DE** _____ **DE** _____

ASSINATURA / CARIMBO / CRM

CÓD. 30.30.05.12– 11/99

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS
UNIDADES: HRMS - PERÍCIA MÉDICA

AVISO DE OPERAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO SOLICITANTE

NOME DO PACIENTE _____ PRONTUÁRIO _____

ORIGEM ( ) AMBULATÓRIO ( ) INTERNADO LEITO _____ SEXO _____ IDADE _____

TEMPO DE CIRURGIA (PREVISÃO) _____ HORAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO _____

MATERIAL NECESSÁRIO _____

TRANSFUSÃO DE SANGUE _____

DATA DO PREENCHIMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

MÉDICO CIRURGIÃO / AUXILIAR _____

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS
UNIDADES: HRMS - PERÍCIA MÉDICA

AVISO DE OPERAÇÃO

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO SOLICITANTE

NOME DO PACIENTE _____ PRONTUÁRIO _____

ORIGEM ( ) AMBULATÓRIO ( ) INTERNADO LEITO _____ SEXO _____ IDADE _____

TEMPO DE CIRURGIA (PREVISÃO) _____ HORAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO _____

MATERIAL NECESSÁRIO _____

TRANSFUSÃO DE SANGUE _____

DATA DO PREENCHIMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

MÉDICO CIRURGIÃO / AUXILIAR _____