		PROTOCOLO	CÓDIGO PRT-DOP-010
		EXAME SEGURO	
ÁREA SALA DE EXAMES	PÁGINA 1/7	DATA: 10/03/2020 REVISÃO: 01	

1. OBJETIVO

Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade, possibilitando a realização de procedimentos conforme planejado.

2. APLICAÇÃO

Salas de Exames.

3. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Para Cirurgia Segura.2013


BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução – RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013

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.

4. DEFINIÇÕES

- **Condutor da lista de verificação** – Profissional da enfermagem, que esteja participando do exame e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.
- **CRPA** – Centro de Recuperação Pós Anestésica.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

		PROTOCOLO	CÓDIGO PRT-DOP-010
		EXAME SEGURO	
ÁREA SALA DE EXAMES	PÁGINA 2/7	DATA: 10/03/2020 REVISÃO: 01	

- **Equipe da área de saúde** – Equipe composta por endoscopistas, anestesiológicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
- **Instrumento de definição operacional da lista de verificação de exame seguro (anexo III)** – Instrumento contendo definições operacionais claras e objetivas para cada item da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, de forma a uniformizar o seu preenchimento.
- **Lista De Verificação De Exame Seguro** – Lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.
- **NSP** – Núcleo de Segurança do Paciente.

5. INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DA LISTA DE VERIFICAÇÃO EXAME SEGURO


Este protocolo trata especificamente da aplicação da “Lista de Verificação de Exame Seguro” na sala de exames (Anexo I), como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes nos procedimentos. A aplicação sistemática atrelada a outros fatores como profissionais capacitados, ambiente, equipamentos, materiais adequados entre outros, visam reduzir os eventos adversos e a mortalidade.

A lista divide o exame em três fases:

- Antes da indução anestésica - Identificação.
- Antes da terapêutica - Confirmação
- Antes do paciente sair da sala de procedimento - Registro.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do procedimento endoscópico e será conduzida pela equipe de enfermagem. Na ocorrência de alguma não conformidade a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de exame até a sua solução.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

		PROTOCOLO	CÓDIGO PRT-DOP-010
		EXAME SEGURO	
ÁREA SALA DE EXAMES	PÁGINA 3/7	DATA: 10/03/2020 REVISÃO: 01	

1º Fase – Antes da Indução Anestésica - Essa fase corresponde a identificação do paciente, a confirmação do procedimento, exame correto, consentimento para o exame/anestesia, alergias, comorbidades, jejum, avaliação das vias aéreas e monitorização adequada.

A confirmação do exame deve ser feita pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro da sala de exame, com a participação do paciente que deve estar envolvido, acordado e consciente.

2º FASE – Antes da terapêutica - Essa fase corresponde à reconfirmação de todos os dados para a realização do exame de forma segura onde o endoscopista solicita o material OPME ao técnico de enfermagem.

3º FASE – Antes do paciente sair da sala de exame - Nesta última fase a equipe prescreve os cuidados para assistir o paciente no CRPA de acordo com o exame. Realiza a identificação/etiquetagem correta de amostras obtidas endoscopicamente para estudo anatomopatológico e, rever funcionamento inadequado de equipamentos ou situações que necessitem ser solucionadas.

6. INDICADORES E MONITORAMENTO


Taxa de Exames realizados com segurança

7. ANEXOS

Anexo I – Lista de Verificação de Exame Seguro.

Anexo II – Instrumento de Definição Operacional da Lista de Verificação de Exame Seguro.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

		PROTOCOLO	CÓDIGO PRT-DOP-010
		EXAME SEGURO	
ÁREA SALA DE EXAMES	PÁGINA 4/7	DATA: 10/03/2020 REVISÃO: 01	

8. ELABORAÇÃO / REVISÃO/ APROVAÇÃO

Elaborado por	Revisado por	Aprovado por
Mirian Barreto Coordenadora da Unidade Gastro Hepato	Barbara Mascarenhas Supervisora da Unidade Gastro Hepato	Tania Chagas Diretora de Assistência
Data: 03/11/2016	Data: 31/01/2020	Data: 10/03/2020
Vigência: 03 anos a partir da data de aprovação		Vigência: 10/03/2023

CÓPIA NÃO CONTROLADA



PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-010
EXAME SEGURO		
ÁREA SALA DE EXAMES	PÁGINA 5/7	ELABORADO EM: 03/11/2016 DATA: 10/03/2020 REVISÃO: 01

Anexo I – Lista de Verificação de Exame Seguro

ITAIGARA MEMORIAL GASTRO - HEPATO ENDOSCOPIA		
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE EXAME SEGURO REGISTRO DE ENFERMAGEM NA SALA DE EXAME/CRPA		
01. PACIENTE IDENTIFICADO CORRETAMENTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	06. AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO/OPME CONFERIDOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	16. IDENTIFICADA(S) CORRETAMENTE A(S) AMOSTRA(S) PARA ANATOMIA PATOLÓGICA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
02. AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA REALIZADA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA PENDÊNCIA ANESTÉSICA CONCLUÍDA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	09. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA ANESTESIA / EXAME PREENCHIDOS E ASSINADOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	17. REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
03. ESTADO EMOCIONAL: <input type="checkbox"/> CALMO <input type="checkbox"/> HIPOATIVO <input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> HIPERATIVO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> ACENTUADO	10. EXAMES LABORATORIAIS E/OU IMAGEM ANEXOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	18. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ÍNTEGRA E AFIXADA NO PACIENTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
04. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA: <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIA: <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> DIST. GASTROINTESTINAL: <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	11. EQUIPAMENTOS TESTADOS E VALIDADOS (capturas, endoscópios, gases): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	19. NÃO CONFORMIDADE VERIFICADA COM EQUIPAMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
05. ALERGIAS: <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS: _____ <input type="checkbox"/> LÁTEX: _____ <input type="checkbox"/> ALIMENTAR: _____ <input type="checkbox"/> FITAS ADESIVAS: _____ <input type="checkbox"/> SOLUÇÕES TÓPICAS: _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____ <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	12. ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ <input type="checkbox"/> PÉRVIO <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDO <input type="checkbox"/> INFILTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	20. A EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM AVALIAM A NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPECÍFICOS NA RECUPERAÇÃO E MANEJO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
06. MEDICAÇÕES EM USO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	13. ADEREÇOS REMOVIDOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	21. PACIENTE ENCAMINHADO AO CRPA: HORA: _____h
07. PREPARO PARA O EXAME: <input type="checkbox"/> EDA <input type="checkbox"/> COLONO <input type="checkbox"/> RETOSIGMOIDOSCOPIA COM SEDAÇÃO JEJUM ADEQUADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ÚLTIMA INGESTA: SÓLIDO _____h TIPO: _____ LÍQUIDO _____h TIPO: _____ PREPARO INTESTINAL: <input type="checkbox"/> FOSFOENEMA <input type="checkbox"/> MANITOL <input type="checkbox"/> MUVINLAX EFEITO: <input type="checkbox"/> SATISFATÓRIO <input type="checkbox"/> INSATISFATÓRIO	14. PRÓTESE DENTÁRIA REMOVIDA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	22. OUTROS REGISTROS: _____ _____ _____
15. ETIQUETA DE CONTROLE / DESINFECÇÃO DO INSTRUMENTAL VALIDADA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ETIQUETA _____ _____	ASSINATURA / COREN: _____

TRANS (DURANTE O PROCEDIMENTO)	CRPA
ANESTESIA: INÍCIO: _____h TERMINO: _____h TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> GERAL EV <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> LOCAL ANESTESIOLOGISTA: _____	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: AVALIAÇÃO: <input type="checkbox"/> LÚCIDO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ CONDUTA: <input type="checkbox"/> MANTER VIGILÂNCIA <input type="checkbox"/> ESTIMULAÇÃO VERBAL E TÁTIL
ENDOSCOPIA: INÍCIO: _____h TERMINO: _____h ENDOSCOPISTA: _____	MONITORIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO: _____% <input type="checkbox"/> SPO ₂ : _____% <input type="checkbox"/> FREQUÊNCIA CARDÍACA: _____bpm
MONITORIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> PANI <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> ELETRODOS <input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI <input type="checkbox"/> SPO ₂ _____% ANTES DA SEDAÇÃO _____% DURANTE EXAME _____% APOS EXAME <input type="checkbox"/> PA: INÍCIO: _____mmHg TERMINO: _____mmHg <input type="checkbox"/> PULSO: INÍCIO: _____bpm TERMINO: _____bpm	DIETA: TIPO: <input type="checkbox"/> LÍQUIDA <input type="checkbox"/> BRANDA <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA VIA: <input type="checkbox"/> VIA ORAL <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA ACEITAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM: PUNÇÃO VENOSA: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ CATETER PERIFÉRICO Nº: _____	RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS FORNECIDAS AO PACIENTE: <input type="checkbox"/> VERBAL <input type="checkbox"/> ESCRITA <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO IMPRESSA <input type="checkbox"/> RECEITA <input type="checkbox"/> ATESTADO MÉDICO
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS: <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> LIGADURA ELÁSTICA <input type="checkbox"/> ESCLEROSE DE VARIZES <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> COLOCAÇÃO DE BALÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE BALÃO <input type="checkbox"/> DILATAÇÃO ESOFÁGICA <input type="checkbox"/> MUCOSECTOMIA <input type="checkbox"/> CROMOSCOPIA <input type="checkbox"/> TATUAGEM <input type="checkbox"/> POLIPECTOMIA <input type="checkbox"/> ALÇA <input type="checkbox"/> PINÇA	ENTREGA DE EXAMES LABORATORIAIS / IMAGEM: <input type="checkbox"/> EXAMES LABORATORIAIS <input type="checkbox"/> LAUDO COM FOTOS <input type="checkbox"/> LAUDO COM FOTO DE EXAME ANTERIOR <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
ANATOMIA PATOLÓGICA: <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> ESÓFAGO: <input type="checkbox"/> PROXIMAL <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> DISTAL <input type="checkbox"/> ESTÔMAGO: <input type="checkbox"/> ANTRÓ <input type="checkbox"/> CORPO <input type="checkbox"/> FÚNDIO <input type="checkbox"/> MUCOSA GRÁSTRICA <input type="checkbox"/> DUODENO: <input type="checkbox"/> BULBO <input type="checkbox"/> 2ª PORÇÃO DUODENAL <input type="checkbox"/> COLON: <input type="checkbox"/> ASCENDENTE <input type="checkbox"/> DESCENDENTE <input type="checkbox"/> TRANSVERSO <input type="checkbox"/> SIGMOIDE <input type="checkbox"/> RETO: <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> BAIXO <input type="checkbox"/> CECO <input type="checkbox"/> MUCOSA ANAL	ENTREGA DA ANATOMIA PATOLÓGICA / PROTOCOLO: <input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE BIÓPSIA <input type="checkbox"/> MATERIAL COM A SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> QUANTIDADE DE FRASCOS: _____vid <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
INTERCORRÊNCIAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ARRITMIA <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> REAÇÃO ALÉRGICA <input type="checkbox"/> EDEMA PALPEBRAL <input type="checkbox"/> EDEMA DE GLOTE <input type="checkbox"/> PRURIDO <input type="checkbox"/> ERITEMA <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> EXAME INCONCLUSIVO - MOTIVO: _____	DEVOLUÇÃO DE PERTENCENÇAS AO PACIENTE: <input type="checkbox"/> OCULOS <input type="checkbox"/> ADEREÇOS <input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: _____ _____ _____	CONDIÇÕES DA ALTA HOSPITALAR: <input type="checkbox"/> COM ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> SEM ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA DO PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA EXTERNA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> PACIENTE ENCAMINHADO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO HORA: _____h <input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA ASS: _____ CRM: _____ HORA: _____h <input type="checkbox"/> ASS. PACIENTE / RESPONSÁVEL: _____
ASSINATURA / COREN: _____	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: _____ _____ _____
	ASS. PACIENTE / RESPONSÁVEL: _____ ASS. COREN: _____

CÓPIA NÃO CONTROLADA




PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-010
EXAME SEGURO		
ÁREA SALA DE EXAMES	PÁGINA 6/7	ELABORADO EM: 03/11/2016 DATA: 10/03/2020 REVISÃO: 01

Anexo II – Instrumento de Definição Operacional da Lista de Verificação de Exame Seguro

INSTRUMENTO DE DEFINIÇÃO OPERACIONAL DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE EXAME SEGURO
IDENTIFICAÇÃO
1. PACIENTE IDENTIFICADO CORRETAMENTE: Verificar a correspondência entre os dados do prontuário com os da pulseira de identificação do paciente, conferindo nome, data de nascimento, procedimento endoscópico e endoscopista.
2. AVALIAÇÃO PREANESTÉSICA CONCLUÍDA: Verificar se existe registro de pendências no impresso de avaliação pré-anestésica e se as mesmas foram solucionadas. Quando não houver pendência anestésica, marcar o item não se aplica.
3. ESTADO EMOCIONAL: Avaliar o estado emocional do paciente, classificando como: calmo, agitado, ansioso (leve, moderado ou acentuado), hipoativo, hieprativo.
4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Verificar e registrar se o paciente possui associação de duas ou mais doenças. Ex.: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Asma Brônquica.
5. ALERGIAS: Confirmar com o paciente e com os dados do prontuário a presença de alergias medicamentosas, alimentares, ao látex e outros materiais que serão utilizados no procedimento.
6. MEDICAÇÕES EM USO: Descrever as medicações que faz uso.
7. PREPARO PRÉ-EXAME: Preparo intestinal: Verificar se a realização do preparo foi feito conforme orientação enfermeira na avaliação pré-anestésica.
8. JEJUM ADEQUADO: Verificar o período de jejum, conforme protocolo da instituição.
CONFIRMAÇÃO
9. OPME/PROCEDIMENTO: Checar a solicitação de OPME, materiais/medicamentos disponíveis em sala.
10. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ANESTESIA/EXAME (TCLE Anestesia e Exame): Verificar o registro da assinatura do paciente e do anestesista no Termo de Consentimento. Solicitar assinatura, antes do procedimento, caso não esteja assinado..
11. CONFIRMAR A PRESENÇA DOS EXAMES NECESSÁRIOS: Verificar a presença de exames correspondentes à realização do procedimento no prontuário do paciente.
12. EQUIPAMENTOS TESTADOS E VALIDADOS: Verificar funcionamento de Sistema de Captura, Aparelhos Endoscópicos e Gases Medicinais.
13. ACESSO VENOSO : Confirmar se o acesso venoso e a fixação do cateter estão adequados, sem sinais de extravasamento e qual membro foi punccionado.
14. ADEREÇOS REMOVIDOS: Verificar retirada de adereços e roupas íntimas em caso de colonoscopia.
15. PRÓTESE DENTÁRIA REMOVIDA: Verificar retirada de Próteses Dentárias.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

 <p>ITAIGARA MEMORIAL GASTRO - HEPATO ENDOSCOPIA</p>	PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-010
	EXAME SEGURO		ELABORADO EM: 03/11/2016
	ÁREA SALA DE EXAMES	PÁGINA 7/7	DATA: 10/03/2020 REVISÃO: 01

<p>16. ETIQUETA DE CONTROLE/DESINFECÇÃO DO INSTRUMENTAL VALIDADA: Verificar se os aparelhos endoscópicos estão com os devidos aspectos de validação da desinfecção devidamente preenchidos.</p>
REGISTRO
<p>17. IDENTIFICADA(S) CORRETAMENTE A(S) AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA / ANÁLISES CLÍNICAS: Verificar se há material a ser encaminhado para análise em laboratório, sendo garantido a identificação correta do mesmo. Caso o procedimento não faça uso de tal recurso, colocar o item não se aplica.</p>
<p>18. REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO: Verificar no prontuário a descrição/registro do procedimento realizado.</p>
<p>19 - NÃO CONFORMIDADES VERIFICADAS COM EQUIPAMENTOS: Registrar no campo de observações, problema no funcionamento de equipamentos cirúrgico e a conduta adotada frente a não conformidade apresentada.</p>
<p>20. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ÍNTEGRA E AFIXADA NO PACIENTE.</p>
<p>21. A EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM AVALIAM A NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPECÍFICOS NA RECUPERAÇÃO E MANEJO DO PACIENTE: Sinalizar e especificar no campo de observações algum cuidado específico no pós-operatório do paciente, entende por cuidado específico aquele que não é rotina no pós-operatório, que deve ser adotada em relação a qualquer paciente cirúrgico, que foi demandado devido ao estado clínico do paciente.</p>
<p>22. PACIENTE ENCAMINHADO AO CRPA: Registro da hora de encaminhamento ao CRPA.</p>
<p>23. OUTROS REGISTROS: Registros complementares.</p>

CÓPIA NÃO CONTROLADA