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.

- **Equipe da área de saúde –** Equipe composta por endoscopistas, anestesiologistas, 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 interrrompida e o paciente mantido na sala de exame até a sua solução.

1ºFase – 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.

2ºFASE – 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.

3ºFASE – 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

Taxa de transferência externa

Taxa de complicações dos procedimentos endoscópicos

7. AUDITORIA CLÍNICA

A auditoria Clínica deste protocolo é realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, anualmente, através das análises dos processos e dos prontuários,

preenchendo o “Checklist de auditoria clínica do Protocolo de Exame Seguro” (anexo III).

8. ANEXOS

Anexo I – Lista de Verificação de Exame Seguro.

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

Anexo III- Checklist de auditoria clínica do Protocolo de Exame Seguro

9. ELABORAÇÃO / REVISÃO/ APROVAÇÃO

Elaborado por	Revisado por	Aprovado por
Mirian Barreto Coordenadora da Unidade Gastro Hepato Data: 03/11/2016	Barbara Mascarenhas Supervisora da Unidade Gastro Hepato Christiane Koester Coordenadora de Qualidade Mirian Barreto Coordenadora da Unidade Gastro Hepato Data: 18/07/2022	Tania Chagas Diretora de Assistência Data: 19/07/2022
Vigência: 03 anos a partir da data de aprovação		**Vigência:** 19/07/2025

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

IDENTIFICAÇÃO

01. PACIENTE IDENTIFICADO CORRETAMENTE:
☐ SIM ☐ NÃO

02. AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA REALIZADA:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA
PENDÊNCIA ANESTÉSICA CONCLUÍDA:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

03. ESTADO EMOCIONAL:
☐ CALMO ☐ HIPOATIVO ☐ ANSIOSO ☐ LEVE
☐ AGITADO ☐ HIPERATIVO ☐ MODERADO
☐ ACENTUADO

04. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:
☐ CARDIOPATIA: _____ ☐ DIABETES
☐ PNEUMOPATIA: _____ ☐ HIPERTENSÃO
☐ DIST. GASTROINTESTINAL: _____
☐ OUTROS: _____ ☐ NÃO SE APLICA

05. ALERGIAS:
☐ MEDICAMENTOS: _____
☐ LÁTEX: _____
☐ ALIMENTAR: _____
☐ FITAS ADESIVAS: _____
☐ SOLUÇÕES TÓPICAS: _____
☐ OUTRAS: _____ ☐ NÃO SE APLICA

06. MEDICAÇÕES EM USO: ☐ NÃO ☐ SIM

07. PREPARO PARA O EXAME:
☐ EDA ☐ COLONO ☐ RETOSIGMÓIDOSCOPIA COM SEDAÇÃO
JEJUM ADEQUADO: ☐ SIM ☐ NÃO
ÚLTIMA INGESTA: SÓLIDO ___:___h TIPO: _____
LÍQUIDO ___:___h TIPO: _____
PREPARO INTESTINAL:
☐ PHOSFOENEMA ☐ MANITOL ☐ MUVINLAX
EFEITO:
☐ SATISFATÓRIO ☐ INSATISFATÓRIO

CONFIRMAÇÃO

08. AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO/OPME CONFERIDOS:
☐ SIM ☐ NÃO

09. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA ANESTESIA / EXAME PREENCHIDOS E ASSINADOS:
☐ SIM ☐ NÃO

10. EXAMES LABORATORIAIS E/OU IMAGEM ANEXOS:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

11. EQUIPAMENTOS TESTADOS E VALIDADOS: (capturas, endoscópios, gases):
☐ SIM ☐ NÃO

12. ACESSO VENOSO:
☐ MSD ☐ MSE ☐ OUTROS: _____
☐ PÉRVIO ☐ OBSTRUÍDO ☐ INFILTRADO
☐ OUTROS: _____

13. ADEREÇOS REMOVIDOS:
☐ SIM _____ ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

14. PRÓTESE DENTÁRIA REMOVIDA:
☐ SIM _____ ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

15. ETIQUETA DE CONTROLE / DESINFECÇÃO DO INSTRUMENTAL VALIDADA:
☐ SIM ☐ NÃO

ETIQUETA

ASSINATURA / COREN: _____

REGISTRO

16. IDENTIFICADA(S) CORRETAMENTE A(S) AMOSTRA(S) PARA ANATOMIA PATOLÓGICA:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

17. REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO:
☐ SIM ☐ NÃO

18. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO INTEGRA E AFIXADA NO PACIENTE:
☐ SIM ☐ NÃO

19. NÃO CONFORMIDADE VERIFICADA COM EQUIPAMENTO:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

20. A EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM AVALIAM A NECESSIDADE DE CUIDADOS ESPECÍFICOS NA RECUPERAÇÃO E MANEJO DO PACIENTE:
☐ NÃO ☐ SIM _____

21. PACIENTE ENCAMINHADO AO CRPA:
HORA ___:___h

22. OUTROS REGISTROS:

ASSINATURA / COREN: _____

TRANS (DURANTE O PROCEDIMENTO)

ANESTESIA: INÍCIO___:___h TÉRMINO___:___h
TIPO DE ANESTESIA: ☐ GERAL EV ☐ GERAL ☐ SEDAÇÃO ☐ LOCAL
ANESTESIOLOGISTA: _____

ENDOSCOPIA: INÍCIO___:___h TÉRMINO___:___h
ENDOSCOPISTA: _____

MONITORIZAÇÃO:
☐ PANI ☐ OXIMETRIA DE PULSO ☐ ELETRODOS ☐ PLACA DE BISTURI
☐ SPO,_____% ANTES DA SEDAÇÃO _____% DURANTE EXAME _____% APÓS EXAME
☐ PA: INÍCIO ___/___mmHg TÉRMINO ___/___mmHg
☐ PULSO: INÍCIO _____bpm TÉRMINO _____bpm

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM:
PUNÇÃO VENOSA: ☐ MSD ☐ MSE OUTROS: _____ CATETER PERIFÉRICO Nº: _____

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS: ☐ NÃO SE APLICA
☐ LIGADURA ELÁSTICA ☐ ESCLEROSE DE VARIZES ☐ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
☐ COLOCAÇÃO DE BALÃO ☐ RETIRADA DE BALÃO ☐ DILATAÇÃO ESOFÁGICA
☐ MUCOSECTOMIA ☐ CROMOSCOPIA ☐ TATUAGEM
☐ POLIPECTOMIA: ☐ ALÇA ☐ PINÇA

ANATOMIA PATOLÓGICA: ☐ NÃO SE APLICA
☐ ESÔFAGO: ☐ PROXIMAL ☐ MÉDIO ☐ DISTAL
☐ ESTÔMAGO: ☐ ANTRO ☐ CORPO ☐ FUNDO ☐ MUCOSA GRÁSTRICA
☐ DUODENO: ☐ BULBO ☐ 2ª PORÇÃO DUODENAL
☐ CÓLON: ☐ ASCENDENTE ☐ DESCENDENTE ☐ TRANSVERSO ☐ SIGMÓIDE
☐ ÍLEO ☐ CECO
☐ RETO: ☐ PROXIMAL ☐ DISTAL ☐ MUCOSA ANAL

INTERCORRÊNCIAS:
☐ NÃO ☐ SIM: ☐ ARRITMIA ☐ DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA ☐ HIPOTENSÃO ☐ HIPERTENSÃO
☐ REAÇÃO ALÉRGICA: ☐ EDEMA PALPEBRAL ☐ EDEMA DE GLOTE ☐ PRURIDO ☐ ERITEMA
☐ SANGRAMENTO ☐ NÁUSEAS ☐ VÔMITO
☐ EXAME INCONCLUSIVO - MOTIVO: _____

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

ASSINATURA / COREN: _____

CRPA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
AVALIAÇÃO: ☐ LÚCIDO ☐ SONOLENTO ☐ SEDADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS: _____
CONDUTA: ☐ MANTER VIGILÂNCIA ☐ ESTIMULAÇÃO VERBAL E TÁTIL

MONITORIZAÇÃO:
☐ OXIMETRIA DE PULSO: ☐ SPO,_____% ☐ FREQUÊNCIA CARDÍACA_____bpm

DIETA:
TIPO: ☐ LÍQUIDA ☐ BRANDA ☐ NÃO SE APLICA
VIA: ☐ VIA ORAL ☐ SNE ☐ GASTROSTOMIA
ACEITAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO _____

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS FORNECIDAS AO PACIENTE:
☐ VERBAL ☐ ESCRITA: ☐ MANUAL ☐ ORIENTAÇÃO IMPRESSA ☐ RECEITA ☐ ATESTADO MÉDICO

ENTREGA DE EXAMES LABORATORIAIS / IMAGEM:
☐ EXAMES LABORATORIAIS
☐ LAUDO COM FOTOS
☐ LAUDO COM FOTO DE EXAME ANTERIOR ☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DA ANATOMIA PATOLÓGICA / PROTOCOLO:
☐ COMPROVANTE DE BIOPSIA
☐ MATERIAL COM A SOLICITAÇÃO
☐ QUANTIDADE DE FRASCOS: _____und ☐ NÃO SE APLICA

DEVOLUÇÃO DE PERTENCES AO PACIENTE:
☐ ÓCULOS ☐ ADEREÇOS ☐ PRÓTESE DENTÁRIA
☐ OUTROS: _____ ☐ NÃO SE APLICA

CONDIÇÕES DA ALTA HOSPITALAR:
☐ COM ACOMPANHANTE ☐ SEM ACOMPANHANTE ☐ DESISTÊNCIA DO PROCEDIMENTO
☐ TRANSFERÊNCIA EXTERNA ☐ ÓBITO
☐ PACIENTE ENCAMINHADO PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO HORA ___:___h
☐ ALTA MÉDICA ASS: _____ CRM: _____ HORA ___:___h
☐ ASS. PACIENTE / RESPONSÁVEL: _____

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

ASS. PACIENTE / RESPONSÁVEL: _____ ASS./ COREN: _____

CÓPIA NÃO CONTROLADA

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 PRÉ ANESTÉSICA REALIZADA: 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.: Hipersensão 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. MEDICAMENTOS 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 e preparos para EDA, Retossigmoidoscopia e Ecoendoscopia. JEJUM ADEQUADO: Verificar o período de jejum, conforme protocolo da instituição.
CONFIRMAÇÃO
8. OPME/PROCEDIMENTO: Checar a solicitação de OPME, materiais/medicamentos disponíveis em sala.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

9. 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..

10. CONFIRMAR A PRESENÇA DOS EXAMES NECESSÁRIOS:
Verificar a presença de exames correspondentes à realização do procedimento no prontuário do paciente.

11. EQUIPAMENTOS TESTADOS E VALIDADOS:
Verificar funcionamento de Sistema de Captura, Aparelhos Endoscópicos e Gases Medicinais.

12. ACESSO VENOSO :
Confirmar se o acesso venoso e a fixação do cateter estão adequados, sem sinais de extravazamento e qual membro foi puncionado.

13. ADEREÇOS REMOVIDOS:
Verificar retirada de adereços (jóias,piercing, cílios postiços) e roupas íntimas em caso de colonoscopia.

14. PRÓTESE DENTÁRIA REMOVIDA:
Verificar retirada de Próteses Dentárias.

15. ETIQUETA DE CONTROLE/DESINFECÇÃO DO INSTRUMENTAL VALIDADA:
Verificar se os aparelhos endoscópicos estão com os devidos aspectos de validação da desinfecção devidamente preenchidos.

REGISTRO

16. 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.

17. REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO:
Verificar no prontuário a descrição/registro do procedimento realizado.

18. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ÍNTEGRA E AFIXADA NO PACIENTE
Verificar pulseira.

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.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

20. 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 especifico aquele que não é rotina no pós-operatório, que deve ser adotada em relação a qualquer paciente cirúrgico, que foi demandado devido ao estado clinico do paciente.

21. PACIENTE ENCAMINHADO AO CRPA:
Registro da hora de encaminahmento ao CRPA.

22. OUTROS REGISTROS:
Registros complementares.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo III- Checklist de auditoria clínica do Protocolo de Exame Seguro

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE EXAME SEGURO

UNIDADE: GH ( ) **DATA DA AUDITORIA:** _____ / _____ / _____

MOMENTO 1

AUDITORIA DO PRONTUÁRIO	C	NC	PC	N/A	ORIENTAÇÕES
Prontuário com a Lista de Verificação de Exame Seguro?					
Prontuário com a presença dos TCLE de exame, com a assinatura e a do paciente?					
Prontuário com a presença dos TCLE de anestesia com a assinatura e a do paciente?					
a) Sinalizado em prontuário: alergias?					Verificar Histórico de Enfermagem e Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem na Endoscopia Digestória Baixa.
b) Sinalizado em prontuário: comorbidades?					
c) Sinalizado em prontuário: lesões de pele?					
d) Sinalizado em prontuário: próteses?					
e) Sinalizado em prontuário: adereços removidos?					
Sinalizado em prontuário sobre Via Aérea Difícil?					Verificar a Ficha de Anestesia (Pré-anestésico) e o preenchimento da Ficha de Avaliação Específica de Pacientes com Possibilidade de VAD
Realizado registro completo do procedimento no prontuário?					Verificar no Relatório Procedimentos Endoscopicos, se o procedimento está registrado (nome do(s) procedimento(s) realizado(s)).
Etiqueta de controle / desinfecção do instrumental validada?					Verificar Lista de Verificação de Exame Seguro

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE EXAME SEGURO

UNIDADE: GH ( ) **DATA DA AUDITORIA:** _____ / _____ / _____

Momento 2

SETOR AVALIADO: SALA DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
Realiza a identificação do paciente através da pulseira de identificação antes de encaminhá-lo para sala de exame, utilizando os dois identificadores definidos?				
CONFIRMAÇÃO				
a) Realizada toda etapa de confirmação com a equipe médica: autorização do procedimento/OPME?				
b) Autorização de mat.med.?				
c) Conferido exames?				
d) Equipamentos testados e validados?				
e) Etiqueta de controle / desinfecção do instrumental validada?				
REGISTROS				
Identificado corretamente a(s) amostra(s) para Anatomia Patológica / Análises clínicas?				Verificar os frascos de anatomia patológica.
Verificar as informações de controle para entrega de peças ao serviço de anatomia patológica.				Verificar o livro de protocolo
AVALIAÇÃO DA EQUIPE				
A equipe está consciente da importância do checklist de exame seguro?				
A equipe médica participou do checklist?				

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO AVALIADOR:

CÓPIA NÃO CONTROLADA