## 1. OBJETIVO

Garante a obediência à padrões técnicos, à disponibilidade de insumos e informações, identifica previamente dificuldade e a necessidade de recursos, assim como garante o paciente certo, o órgão certo e a lateralidade correta.

## 2. APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico
Pequena Cirurgia

## 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.
- POL-NQS-001- Conjunto de Políticas Institucionais V03
- PSP-001- Plano de Segurança do Paciente

## 4. DEFINIÇÕES

- **Condutor da Lista de Verificação:** profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia 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.
- **Demarcação de Lateralidade:** demarcação do local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (coluna vertebral).
- **Equipe Cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anestesiologistas, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.
- **Instrumento de Definição Operacional da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (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 Cirurgia Segura**: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.
- **Órtese:** qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação não requeiram a realização de ato cirúrgico (ANS, 2011).
- **Prótese:** qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (ANS, 2011).
- **Segurança anestésica:** conjunto de ações realizadas pelos anestesiologistas, que visa o aumento da segurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia.

## 5. INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DA LISTA DE VERIFICAÇÃO

Este protocolo trata especificamente da aplicação da "Lista de Verificação de Cirurgia Segura" no centro cirúrgico (anexo I) e na pequena cirurgia (anexo II), como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

A aplicação sistemática da Lista de Verificação atrelada a outros fatores como profissionais capacitados, ambiente, equipamentos, materiais adequados entre outros, visam melhorar a qualidade dos cuidados, aumentar a segurança do paciente, reduzindo assim os eventos adversos e a mortalidade cirúrgica.

A Lista de Verificação de Cirurgia Segura é uma ferramenta prática de fácil aplicabilidade que tem como vantagens:

- Tornar claro os passos mínimos necessários em um procedimento complexo;
- Promover adesão a padrões de cuidado em cirurgia;
- Melhorar a comunicação, o trabalho em equipe, e prevenir falhas de comunicação no Centro Cirúrgico.

A Lista de Verificação de Cirurgia Segura deve ser realizada em três fases:

- Fase 1- Antes da indução anestésica: Dados de Identificação;
- Fase 2 - Antes da incisão cirúrgica: Confirmação e Time Out – reconfirmação com equipe cirúrgica;
- Fase 3 - Antes da saída do paciente da sala cirúrgica: Registros.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do procedimento cirúrgico e será conduzida por um membro da equipe de enfermagem. Na ocorrência de alguma não conformidade a verificação





deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala cirúrgica até a sua solução.

**1ª Fase – Antes da Indução Anestésica** – Essa fase corresponde a identificação do paciente, a confirmação do procedimento, o sítio cirúrgico correto e sua demarcação, consentimento para a cirurgia / anestesia, alergias, comorbidades, jejum, avaliação da pele, das vias aéreas e monitorização adequada.

A demarcação do sítio cirúrgico é de responsabilidade do cirurgião e/ou assistente, deve ser feita antes do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico ou dentro da sala cirúrgica, com a participação do paciente que deve estar envolvido, acordado e consciente.

Os procedimentos realizados na sala de pequena cirurgia, com anestesia local, serão demarcados dentro da sala.

O local da cirurgia deve ser marcado com o símbolo padronizado pela instituição, o sinal de alvo (bola cheia), utilizando para isso caneta de demarcação específica.

Para as cirurgias oftalmológicas e de mama o critério de segurança estabelecido será:

- Oftalmológicas - Confirmar com o paciente o olho a ser operado e confrontar com a solicitação médica. Feito isso, a enfermeira da unidade de internação realizará a pré demarcação com o sinal de alvo na região frontal próximo ao olho que será operado para dar início ao preparo oftalmológico (dilatação). A confirmação da lateralidade será feita pelo cirurgião na primeira fase do check list, em sala cirúrgica;
- Cirurgia de Mama – considerar a injeção de contraste nas mamas com demarcação estereotáxica (roll), como marcador do sítio cirúrgico. Os demais

procedimentos cirúrgicos realizados na mama seguirão o protocolo de demarcação normalmente.

**2ª Fase – Antes de Incisão Cirúrgica** – Essa fase corresponde à reconfirmação de todos os dados para a realização do ato operatório de forma segura: presença da equipe cirúrgica, sítio cirúrgico e lateralidade (demarcação da lateralidade, quando aplicado), exames necessários, avaliação pré-anestésica, instrumentais validados, órteses e próteses, equipamentos e medicamentos específicos disponíveis e uso da profilaxia antimicrobiana. Antes da incisão cirúrgica realizar a pausa ***"Time Out"***, reconfirmando com toda equipe os itens checados nesta fase.

**3ª Fase – Antes do paciente sair da sala de cirurgia** - Nesta última fase a equipe prescreve os cuidados para assistir o paciente no CRPA de acordo com a cirurgia realizada, realiza a contagem de instrumentais, agulhas, a identificação/etiquetagem correta de amostras obtidas cirurgicamente para estudo anátomo patológico e, rever funcionamento inadequado de equipamentos ou situações que necessitem ser solucionadas.

## 6. INDICADORES E MONITORAMENTO

- Taxa de cirurgias realizadas corretamente (pacientes, cirurgias, local/lateralidade corretos).
- Taxa da adesão da equipe cirúrgica aos padrões de cirurgia segura.
- Taxa de mortalidade cirúrgica.
- Taxa de Taxa de Reabordagem.
- Incidência de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC)





- Incidência de Infecção em Cirurgia Limpa
- Taxa de adesão do uso de Atb profilático
- Incidência do uso de antibiótico profilático (ATBp) sem indicação
- Falta de adesão ao uso de atb profilático conforme indicação
- Incidência do uso de antibiótico profilático (ATBp) na dose adequada
- Incidência do uso de antibiótico profilático (ATBp) por indução anestésica

## 7. ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E ACOMPANHANTES

O envolvimento do paciente e acompanhamento na sua Segurança se dá através da entrega das cartilhas "Sua Segurança também depende de você. Confira as 06 maneiras de colaborar- Pequena Cirurgia (anexo VI) e "Sua segurança também depende de você. Confira as 07 maneiras de colaborar" (anexo VII).

## 8. AUDITORIA CLÍNICA

Realizada anualmente pelo Núcleo de Qualidade e Segurança utilizando o formulário "Checklist de Auditoria Clínica- do Protocolo de Cirurgia Segura" (anexo IV).

## 9. AUDITORIA INTERNA (AUTOAVALIAÇÃO)

Realizada semestralmente pela coordenação, supervisão e enfermeiras assistenciais do Centro Cirúrgico utilizando o formulário "Checklist de

Autoavaliação da Adesão e Aplicabilidade da Lista de Verificação de Cirurgia Segura - LVCS" (anexo V).

## 10. QUADRO DE REGISTROS

| Descrição do Registro | Armazenamento | Recuperação (acesso) | Tempo de Guarda | Descarte |
|---|---|---|---|---|
| Lista de Verificação de Cirurgia Segura Centro Cirúrgico (anexo I) | No PEP | Pelo nome completo do paciente e data de nascimento | 20 anos | N/A |
| Lista de Verificação de Cirurgia Segura Pequena Cirurgia (anexo II) | No PEP | Pelo nome completo do paciente e data de nascimento | 20 anos | N/A |
| Checklist de Auditoria Clínica - do Protocolo de Cirurgia Segura (anexo IV) | Pasta própria do na sala da presidência do NSP e S:\16. Orientações da Qualidade\Comissões\NSP\Auditoria\Cirurgia Segura | Ordem cronológica | 02 anos | Lixo Comum após picotar |





| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Checklist de Autoavaliação da Adesão e Aplicabilidade da Lista de Verificação de Cirurgia Segura – LVCS (anexo V) | Na rede, em S:\16. Orientações da Qualidade\Comissões\NSP\Auditoria\Cirurgia Segura | Ordem cronológica | 02 anos | N/A |

## 11. ANEXOS

Anexo I- Lista de Verificação de Cirurgia Segura Centro Cirúrgico

Anexo II - Lista de Verificação de Cirurgia Segura Pequena Cirurgia

Anexo III - Instrumento de Definição Operacional da Lista de Verificação de Cirurgia Segura

Anexo IV- Checklist de Auditoria Clínica - do Protocolo de Cirurgia Segura

Anexo V- Checklist de Autoavaliação da Adesão e Aplicabilidade da Lista de Verificação de Cirurgia Segura - LVCS

Anexo VI- Cartilha Pacientes - Sua Segurança também depende de você. Confira as 06 maneiras de colaborar (Pequena Cirurgia)

Anexo VII- Cartilha Paciente - Sua segurança também depende de você. Confira as 07 maneiras de colaborar

## 12. ELABORAÇÃO / REVISÃO/ APROVAÇÃO

| Elaborado por | Revisado por | Aprovado por |
|---|---|---|
| NSP<br><br>Data: 01/08/2012 | Adriana Gama<br>Superv. C. Cirúrgico<br><br>Christiane Koester<br>Coord. de Qualidade<br><br>Diana Rebouças<br>Coord. C. Cirúrgico<br><br>Hugo Dantas<br>Diretor Médico<br><br>Data: 15/02/2023 | Tania Chagas<br>Diretora de Assistência<br><br>Data: 28/02/2023 |
| **Vigência:** 03 anos a partir da data de aprovação | | **Vigência:** 28/02/2026 |





Anexo I- Lista de Verificação de Cirurgia Segura Centro Cirúrgico

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA CENTRO CIRÚRGICO**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

**01. PACIENTE IDENTIFICADO CORRETAMENTE:**
☐ SIM ☐ NÃO

**02. JEJUM ADEQUADO:**
☐ SIM ☐ NÃO

**03. TCLE ANESTESIA E CIRURGIA ASSINADOS:**
☐ SIM ☐ NÃO

**04. EXAMES ESPECÍFICOS ANEXOS AO PRONTUÁRIO:**
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**05. ALERGIAS:**
☐ NÃO ☐ SIM _____

**06. PRÓTESES E ADEREÇOS REMOVIDOS:**
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**07. SÍTIO CIRÚRGICO/LATERALIDADE:** _____
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**08. SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO:**
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**09. VIA AÉREA DIFÍCIL:**
☐ SIM ☐ NÃO

**10. MATERIAL PARA VIA AÉREA DIFÍCIL DISPONÍVEL:**
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**11. RISCO DE ASPIRAÇÃO:**
☐ SIM ☐ NÃO

**12. PROFILAXIA ANTIMICROBIANA REALIZADA NA INDUÇÃO ANESTÉSICA**
☐ SIM ☐ NÃO

_____
**ENFERMAGEM**

**ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA**

**13. EQUIPE CIRÚRGICA COMPLETA:** ☐ SIM ☐ NÃO

**14. PACIENTE CORRETO:** ☐ SIM ☐ NÃO

**15. SÍTIO CIRÚRGICO/LATERALIDADE CORRETOS:**
☐ SIM ☐ NÃO

**16. OPME'S / MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DISPONÍVEIS:**
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**17. EQUIPAMENTOS TESTADOS E CONFERIDOS:**
☐ SIM ☐ NÃO

**18. INSTRUMENTAIS ESTERILIZADOS E COM INDICADORES DE PROCESSOS VALIDADOS:**
☐ SIM ☐ NÃO

_____
**ENFERMAGEM**

**ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DE SO**

**19. INVÓLUCROS DE OPME'S COM REGISTRO ANVISA ANEXADOS:**
☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**20. CONCLUÍDA A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS:**
☐ SIM QTD.: _____ ☐ NÃO

**21. IDENTIFICADA(S) CORRETAMENTE A(S) AMOSTRA(S) ANATOMIA PATOLÓGICA/ANÁLISES CLÍNICAS/CULTURA:**
☐ SIM_____ FRASCO (S) ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**22. NÃO CONFORMIDADES VERIFICADAS COM EQUIPAMENTOS:**
☐ SIM_____ ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**23. CUIDADOS ESPECÍFICOS INDICADOS NA RECUPERAÇÃO E MANEJO DO PACIENTE:**
☐ NÃO ☐ SIM_____

_____
**ENFERMAGEM**

_____
**CIRURGIÃO**

_____
**ANESTESIOLOGISTA**

_____
**INSTRUMENTADOR**

CÓD: IMHOS-013-V06

| IDENTIFICAÇÃO | CONFIRMAÇÃO | REGISTRO |
|---|---|---|
| | | |

CÓD: IMHOS-013-V06

Anexo II – Lista de Verificação de Cirurgia Segura Pequena Cirurgia

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA PEQUENA CIRURGIA**

**NA ADMISSÃO DO PACIENTE EM SO**

**01. PACIENTE IDENTIFICADO CORRETAMENTE:** ☐ SIM ☐ NÃO

**02. TCLE DE CIRURGIA ASSINADO:** ☐ SIM ☐ NÃO

**03. ALERGIAS:** ☐ NÃO ☐ SIM:_____

**04. COMORBIDADES:** ☐ NÃO ☐ SIM:_____

**05. PRÓTESES E ADEREÇOS REMOVIDOS:** ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**06. SÍTIO CIRÚRGICO / LATERALIDADE:** _____

**07. SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO:** ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**OBS.:** _____

ENFERMAGEM

**ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA**

**08. EQUIPE CIRÚRGICA COMPLETA:** ☐ SIM ☐ NÃO

**09. SÍTIO CIRÚRGICO / LATERALIDADE CORRETOS:** ☐ SIM ☐ NÃO

**10. OPME'S / MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DISPONÍVEIS** ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**11. EQUIPAMENTOS TESTADOS E CONFERIDOS:** ☐ SIM ☐ NÃO

**12. INSTRUMENTAIS ESTERILIZADOS E COM INDICADORES DE PROCESSO VALIDADOS:** ☐ SIM ☐ NÃO

**OBS.:** _____

ENFERMAGEM

**ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DE SO**

**13. INVÓLUCROS DE OPME'S COM REGISTRO ANVISA ANEXADOS:** ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**14. CONCLUÍDA A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS:** ☐ SIM QDE:_____ ☐ NÃO

**15. IDENTIFICADA(S) CORRETAMENTE A(S) AMOSTRA(S): ANATOMIA PATOLÓGICA/ ANÁLISES CLÍNICAS/CULTURA** ☐ SIM_____ FRASCO(S) ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**16. ENTREGUE O COMPROVANTE DE BIÓPSIA AO PACIENTE:** ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**17. NÃO CONFORMIDADES VERIFICADAS COM EQUIPAMENTOS:** ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

**OBS.:** _____

ENFERMAGEM

IMHD-180 V00

Anexo III – Instrumento de Definição Operacional da Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

| INSTRUMENTO DE DEFINIÇÃO OPERACIONAL DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA |
|---|
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| **1. PACIENTE IDENTIFICADO CORRETAMENTE:** Verificar a correspondência entre os dados do prontuário com os da pulseira de identificação da paciente, conferindo nome, data de nascimento, procedimento cirúrgico e cirurgião. |
| **2. ESTADO EMOCIONAL:** Avaliar o estado emocional do paciente, classificando como: calmo; ansioso; agitado; ou choroso. |
| **3. JEJUM ADEQUADO:** Verificar o período de jejum, conforme protocolo da instituição. |





| |
|---|
| **4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ANESTESIA (TCLE ANESTESIA):** Verificar o registro da assinatura da paciente e do anestesista no termo de consentimento. Solicitar assinatura, antes do procedimento, caso não esteja assinado. |
| **5. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA CIRURGIA (TCLE CIRURGIA).** Verificar a presença da assinatura da paciente e do cirurgião no termo de consentimento. Solicitar assinatura, antes do procedimento, caso não esteja assinado. |
| **6. PENDÊNCIA ANESTÉSICA CONCLUÍDA:** Verificar se existe registro de pendências no impresso de avaliação pré-anestésica, e se as mesmas foram solucionadas. O paciente só poderá adentrar a sala operatória após conclusão destas**.** Quando não houver pendência anestésica marcar o item não se aplica. |
| **7. MEDICAMENTO PRÉ-ANESTÉSICO:** Verificar, na ficha de anestesia, a prescrição de medicação pré-anestésica. Quando não houver prescrição de medicação pré-anestésica marcar o item não se aplica. |
| **8. EXAMES ESPECÍFICOS ANEXO AO PRONTUÁRIO:** Checar se os exames específicos, correspondentes ao procedimento cirúrgico, estão anexados ao prontuário. **Ex: Histeroscopia** - USG transvaginal; **Varizes** - Duplex Scan; **Artroscopia** - RNM e RX; **Nódulo de Mama** - USG de mama. |
| **9. ALERGIAS:** Confirmar com o paciente e com os dados do prontuário a presença de alergias medicamentosa, alimentar, ao látex e outros materiais que serão utilizados no procedimento. |
| **10. COMORBIDADES:** Verificar e registrar se o paciente possui associação de duas ou mais doenças. Ex: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Asma Brônquica. |
| **11. CONTROLE GLICÊMICO:** Avaliar o resultado da glicemia capilar nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus. As alterações devem ser comunicadas a equipe médica e de enfermeiras. |
| **12. AVALIAÇÃO DA PELE:** Avaliar a integridade da pele, quando houver lesão descrever a localização e as características. |
| **13. PRÓTESES REMOVIDAS:** Verificar retirada de próteses. |
| **14. ADEREÇOS REMOVIDOS:** Verificar adereços removidos (incluindo cílios postiços, se for o caso) e retirada de roupas íntimas. |
| **15. SÍTIO CIRÚRGICO/LATERALIDADE:** Confirmar no prontuário a cirurgia a ser realizada, verificando com o paciente o local da demarcação realizada previamente pelo cirurgião. |
| **16. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO** **Tricotomia /Tosqueamento:** Verificar, a realização da tricotomia ou tosqueamento (aparar pêlos) da região a ser operada. **Preparo intestinal ou preparo ocular (colírios):** Verificar a realização. Caso o procedimento não exija tal conduta o item "não se aplica" deverá ser marcado. |

**17,18 e 19.VIA AÉREA DIFÍCIL/MATERIAL PARA VIA AÉREA DIFÍCIL DISPONÍVEL/ RISCO DE ASPIRAÇÃO:**
O médico anestesiologista deverá avaliar a via aérea do paciente e sinalizar a equipe de enfermagem de forma a prover material adequado na sala operatória. Ou, caso haja esta sinalização previamente vinda da Consulta Pré-operatória em formulário próprio, imediatamente disponibilizar o material adequado na sala.

## CONFIRMAÇÃO

**20. PRESENÇA DA EQUIPE CIRÚRGICA EM SALA:**
Confirmar presença da equipe cirúrgica com o médico responsável pela realização do procedimento.

**21. CONFIRMAÇÃO COM O CIRURGIÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO E DA LATERALIDADE:**
Confirmar com o cirurgião a lateralidade e o sítio cirúrgico registrado no prontuário e informado pelo paciente.

**22. SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO:**
Verificar a demarcação do sítio cirúrgico com caneta específica e o símbolo alvo padronizado. Caso o procedimento não permita tal conduta deve-se marcar o item “não se aplica”.

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

**24. ÓRTESES, PRÓTESES E MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS DISPONÍVEIS:**
Checar a solicitação de órteses, próteses e medicamentos com os materiais /medicamentos disponíveis em sala. Anexo I: Descrição e Classificação de Órteses, Próteses e Materiais especiais.

**25. EQUIPAMENTOS TESTADOS E CONFERIDOS:**
Testar e conferir os equipamentos, necessários, antes do início do procedimento cirúrgico visando garantir sua adequada funcionalidade.

**26. CONFIRMAR COM O ANESTESISTA A AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:**
Verificar a existência do formulário “ Ficha de Anestesia” no prontuário do paciente, verificando a avaliação pré-anestésica e confirmando com o anestesista as possíveis pendências existentes.

**27. MONITORIZAÇÃO CONCLUÍDA:**
Checar a conclusão da monitorização do paciente através do cardioscópio, oxímetro de pulso e tensiômetro com o anestesista.

**28. ACESSO VENOSO ADEQUADO:**
Confirmar com o anestesista se o acesso venoso e a fixação do cateter estão adequados, sem sinais de extravasamento.

**29. PROFILAXIA ANTIMICROBIANA REALIZADA NA INDUÇÃO ANESTÉSICA:**
Verificar a utilização de antibiótico na indução anestésica. Quando a profilaxia antimicrobiana for administrada no período posterior a indução, o horário da realização deve ser registrado no campo confirmação do formulário “ Lista de Verificação de Cirurgia Segura”.

CÓPIA NÃO CONTROLADA



**30. INSTRUMENTAIS ESTERILIZADOS E COM INDICADORES VALIDADOS:**
Verificar a efetividade da esterilização através dos integradores químicos.

## TIME OUT

**RECONFIRMAÇÃO COM A EQUIPE CIRURGICA OS ITENS ABAIXO ANTES DA INCISÃO CIRURGICA:**
Reconfirmar os itens especificados anteriormente como uma medida de barreira para evitar eventos adversos e garantir a realização de cirurgia no paciente correto, local correto, e com insumos disponíveis (medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos) antes da incisão cirúrgica.

## REGISTRO

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

**32. INVÓLUCROS E REGISTRO ANVISA DE OPMES ANEXOS AO PRONTUÁRIO:**
Observarnos materiais consignados o registro ANVISA e prazo de validade . Os invólucros contendo estes registros devem ser anexados ao prontuário.

**33. CONCLUIDA A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS :**
Realizar a contagem de instrumentais cirúrgicos e registrar as inadequações.

**34. IDENTIFICADA (S) CORRETAMENTE A (S) AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA/ANÁLISES CLÍNICAS:**
Verificar se há material a ser encaminhado para análise em laboratório terceirizado, e garantir a identificação correta do mesmo. Caso o procedimento não faça uso de tal recurso, colocar o item não se aplica.

**35. 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.

**36. 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 imediato do paciente, entende por cuidado especifico aquele que não é rotina, que deve ser adotada em relação a qualquer paciente cirúrgico, que foi demandado devido ao estado clinico do paciente.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

## Apêndice – Classificação de órtese, prótese, medicamento e material especial

| ***ÓRTESE IMPLANTÁVEL*** | ***PRÓTESE IMPLANTÁVEL*** |
|---|---|
| Âncora<br>Broca<br>Cateter duplo j<br>Diu<br>Fio de cerclagem<br>Fio de kirschner<br>Intercid<br>Parafuso<br>Pino<br>Placa<br>Tela | Lente intra-ocular<br>Prótese de silicone<br>Prótese peniana<br>Prótese testicular |
| ***MEDICAMENTO*** | ***MATERIAL ESPECIAL*** |
| Ácido Hialurônico<br>Botox<br>Cytistat<br>Implantes hormonais (testosterona, estradiol, etc)<br>Kylena<br>Lucentis - Oftalmológicas<br>Mirena<br>Motimicina<br>Synvisc | Alças bipolares para ressecção<br>Cânulas para infiltrações/bloqueios<br>Cateter de longa permanência<br>Dispositivo transdutor do túnel do carpo<br>Endobag<br>Equipo de irrigação<br>Fios guias para laser<br>Fleboextrator<br>Grampeadores proctológicos<br>Kit Discografia<br>Lâmina para Artroscopia<br>Ligaclip<br>Pinça Ligasure<br>Ponteira de radiofrequência<br>Sling<br>Sonda Basket<br>Splint nasal<br>Tampão nasal<br>Tesoura<br>Thermachoice<br>Trocater/clips |

Fonte: Autoria própria.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. A presente Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. RN Nº 262, DE 1 DE AGOSTO DE 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1786.

**CÓPIA NÃO CONTROLADA**



Anexo IV- Checklist de Auditoria Clínica- do Protocolo de Cirurgia Segura

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

**CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA**
**DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**UNIDADE: HD I ( ) HD II ( )** **DATA DA AUDITORIA:** _____/_____/_____

**MOMENTO 1**

| AUDITORIA DO PRONTUÁRIO | C | NC | PC | N/A | ORIENTAÇÕES |
|---|---|---|---|---|---|
| Prontuário com a presença dos TCLE de cirurgia, anestesia com as respectivas assinaturas e a do paciente? | | | | | |
| Sinalizado em prontuário: a) Alergias, b) comorbidades, c) lateralidade, d) lesões de pele, e) próteses e f) adereços removidos? | | | | | Verificar Histórico de Enfermagem e Diagnóstico e intervenção de enfermagem pré-operatória |
| Sinalizado a demarcação do sítio cirúrgico? | | | | | Verificar Lista de Verificação de Cirurgia Segura (para casos que envolvam lateralidade ou estruturas múltiplas) |
| Sinalizado em prontuário sobre via aérea difícil? | | | | | Verificar a Ficha de Anestesia (Pré-Operatório) e o preenchimento da Ficha de Avaliação Específica de Pacientes com Possibilidade de VAD |
| Realizado registro completo do procedimento no prontuário? | | | | | Verificar no Relatório Cirúrgico, se o procedimento está registrado (nome do(s) procedimento(s) realizado(s)). |
| Invólucros e registro ANVISA de OPME's anexados ao prontuário? | | | | | Verificar Avaliação e Registros de Enfermagem no Trans-operatório Centro Cirúrgico |
| Registrado a contagem de instrumentais? | | | | | Verificar Lista de Verificação de Cirurgia Segura |

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

CÔD-IMHD-875 Versão 03 – Pág. 1/2

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

**CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA**
**DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**UNIDADE: HD I ( ) HD II ( )** **DATA DA AUDITORIA:** _____/_____/_____

**Momento 2**

**SETOR AVALIADO: CENTRO CIRÚRGICO**

| IDENTIFICAÇÃO | C | NC | N/A | ORIENTAÇÕES |
|---|---|---|---|---|
| Realiza a identificação do paciente através da pulseira de identificação antes encaminhá-lo para sala de cirurgia, utilizando os dois identificadores definidos? | | | | |
| Verifica presença de exames específicos anexados ao prontuário, exceto para oftalmologia? | | | | |
| CONFIRMAÇÃO | | | | |
| Sítio cirúrgico demarcado pela equipe cirúrgica? | | | | Somente nos casos que envolver lateralidade (dir. e esq.) e estruturas múltiplas-ex.: dedos, costelas, coluna) |
| Realizada toda etapa de confirmação com a equipe cirúrgica acerca de: equipe cirúrgica completa, lateralidade, OPME's disponíveis, equipamentos testados e conferidos, profilaxia antimicrobiana e instrumentais esterilizados e com indicadores validados? | | | | |
| TIME-OUT | | | | |
| Realizado TIME OUT antes da incisão cirúrgica? | | | | |
| REGISTROS | | | | |
| Identificado corretamente a(s) amostra(s) para Anatomia Patológica/Análises Clínicas? | | | | Verificar os frascos de anatomia patológica / análises clínicas. |
| 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 cirurgia segura? | | | | |
| A equipe médica participou do checklist? | | | | |

**OBSERVAÇÕES:**

**ASSINATURA DO AVALIADOR:**

CÔD-IMHD-875 Versão 03 – Pág. 2/2

**CÓPIA NÃO CONTROLADA**

Anexo V- Checklist de Autoavaliação da Adesão e Aplicabilidade da Lista de Verificação de Cirurgia Segura - LVCS

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

**CHECKLIST DE AUTOAVALIAÇÃO DA ADESÃO E APLICABILIDADE DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - LVCS**

**UNIDADE: HD I ( ) HD II ( )**

**DATA DA AUDITORIA: _____ / _____ / _____**

**SETOR AVALIADO: CENTRO CIRÚRGICO / PEQUENA CIRURGIA**

| IDENTIFICAÇÃO | C | NC | N/A | ORIENTAÇÕES |
|---|---|---|---|---|
| Realiza a identificação do paciente através da pulseira de identificação antes de encaminhá-lo para sala de cirurgia, utilizando os dois identificadores definidos? | | | | |
| Prontuário com a presença dos TCLES com as respectivas assinaturas inclusive a do paciente? | | | | |
| DE CIRURGIA e | | | | |
| DE ANESTESIA | | | | |
| Interrogado o paciente em sala acerca de: | | | | |
| a) Alergias | | | | |
| b) Comorbidades | | | | |
| c) Lateralidade | | | | |
| d) Lesões de pele | | | | |
| e) Próteses | | | | |
| f) Adereços removidos? | | | | |
| Interrogado anestesista sobre a possibilidade de via aérea difícil e risco de aspiração? | | | | |
| **CONFIRMAÇÃO** | | | | |
| Sítio cirúrgico demarcado pela equipe cirúrgica? | | | | Somente nos casos que envolver lateralidade (dir. e esq.) ou estruturas múltiplas. |
| Toda a equipe presente na etapa de confirmação, incluindo cirurgião, anestesista, técnico de enfermagem e instrumentador (se houver)? | | | | |
| Realizada toda etapa de confirmação com a equipe cirúrgica acerca de: | | | | |
| a) Equipe cirúrgica completa | | | | |
| b) Lateralidade | | | | |
| C) OPME's disponíveis | | | | |
| d) Equipamentos testados e conferidos | | | | |
| e) Profilaxia antimicrobiana e | | | | |
| f) Instrumentais esterilizados e com indicadores validados? | | | | |
| **TIME-OUT** | | | | |
| Realizado TIME OUT antes da incisão cirúrgica? | | | | |
| **REGISTROS** | | | | |
| Identificado corretamente a(s) amostra(s) para Anatomia Patológica/Análises Clínicas? | | | | Verificar os frascos de anatomia patológica / análises clínicas. |
| Registrado a contagem de instrumentais? | | | | |
| **AVALIAÇÃO DA EQUIPE** | | | | |
| A equipe médica participou do checklist? | | | | |



CÓPIA NÃO CONTROLADA



ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

**CHECKLIST DE AUTOAVALIAÇÃO DA ADESÃO E APLICABILIDADE DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - LVCS**

**UNIDADE: HD I ( ) HD II ( )**

**DATA DA AUDITORIA: _____ / _____ / _____**

**SETOR AVALIADO: CENTRO CIRÚRGICO / PEQUENA CIRURGIA**

| OBSERVAÇÕES: |
|---|
| NOME (LEGÍVEL) DO AVALIADOR: |



CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo VI- Cartilha Pacientes - Sua Segurança também depende de você. Confira as 06 maneiras de colaborar (Pequena Cirurgia)

CÓPIA NÃO CONTROLADA



Anexo VII- Cartilha Paciente - Sua segurança também depende de você. Confira as 07 maneiras de colaborar

CÓPIA NÃO CONTROLADA