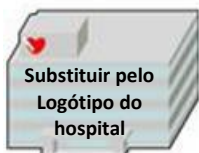


REGISTO DA CIRURGIA SEGURA



Data ___/___/___
(data de entrada no BO)

Instituição Hospitalar _____

Ser./Unid. Func. _____

Médico _____ OM _____
(Chefe de equipa)

Coordenador da cirurgia segura: Nome _____ OM _____ Assinatura _____

(Preenchido e assinado obrigatoriamente pelo coordenador da cirurgia segura - RCS)

Vinheta do utente

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)

Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/ Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Motivo do não preenchimento no sistema:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aplicação não disponível | <input type="checkbox"/> Emergência da situação operatória |
| <input type="checkbox"/> Inexistência de equipamento informático no BO | <input type="checkbox"/> Avaria de equipamento informático no BO |

ATENÇÃO: Este registo substitui temporariamente o efectuado no sistema, nos casos de inacessibilidade ao SIGLIC e deverá ser efectuado a transposição do mesmo para o SIGLIC no prazo máximo de 10 dias úteis. Este registo deverá ficar no processo clínico, até substituição pela impressão do registo no SIGLIC. É obrigatório o preenchimento do motivo pelo qual não foi efectuado directamente o registo no SIGLIC.

Antes da indução da anestesia

Data: ___/___/___ Hora ___: ___

Perguntas efectuadas na presença do Enfermeiro do Anestesta e do Cirurgião ASA _____

Justificar faltas de presença

O doente confirma:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A sua identidade | Justificar motivo da não confirmação |
| <input type="checkbox"/> O local de procedimento | |
| <input type="checkbox"/> O procedimento | |
| <input type="checkbox"/> O seu consentimento | |

O local está marcado?

- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> Sim | Observações |
| <input type="radio"/> Não | |
| <input type="radio"/> Não Aplicável | |

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento?

- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> Sim | Observações |
| <input type="radio"/> Não | |
| <input type="radio"/> Não Aplicável | |

O doente possui:

Alergia conhecida?

- | | |
|---------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> Sim | Observações |
| <input type="radio"/> Não | |

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

- | | |
|--|-------------|
| <input type="radio"/> Não | Observações |
| <input type="radio"/> Sim e equipamento/ | |
| assistência acessível | |

Risco de perda de sangue > 500 ml (7 ml/Kg em crianças)?

- | | |
|---|-------------|
| <input type="radio"/> Não | Observações |
| <input type="radio"/> Sim e 2 acessos IV/ | |
| central e administração | |

de fluidos planeada;

Tipagem realizada e nº unidades de sangue disponível _____ U

Elemento responsável pelo preenchimento desta fase: Nome _____

Nº Ord. Profissional _____

Antes da incisão na pele

Data: ___/___/___ Hora ___: ___

Perguntas efectuadas na presença do Enfermeiro do Anestesista e do Cirurgião

Justificar faltas de presença

Confirmar que todos os elementos da equipa indicaram os seus nomes e funções.

Observações

Confirmar o nome do utente, o procedimento e o local de incisão.

Observações

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim Não Não Aplicável*

*Quando não está indicada a administração de profilaxia

Observações

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

Sim Não Não Aplicável*

*Quando não está indicada a administração de profilaxia

Observações

O cirurgião enuncia em voz alta

- Os passos críticos* ou fora de rotina
- O tempo planeado para o caso
- A perda de sangue prevista

Observações

*Principais etapas da cirurgia e situações críticas

(Especificar os passos críticos, tempo planeado, perda de sangue prevista)

O anestesista enuncia em voz alta

- Se existem ou não preocupações específicas com o utente

Observações

(Especificar as preocupações)

A equipa de enfermagem enuncia em voz alta

- Que a esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada
- Se existem ou não problemas com equipamentos, dispositivos ou quaisquer outras preocupações

Observações

(Especificar os problemas e outras preocupações)

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

Sim Não Não aplicável*

Observações

*Quando não são necessários exames de imagem

Elemento responsável pelo preenchimento desta fase: Nome

Nº Ord. Profissional



Data ___/___/___
(Data de entrada no BO)

Instituição Hospitalar _____

Ser./Unid. Func. _____

Médico _____ OM _____
(Chefe de equipa)

Vinheta do utente

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)

Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/ Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Antes do utente sair da sala de operações

Data: ___/___/___ Hora ___:___

Perguntas efectuadas na presença do Enfermeiro do Anestésista e do Cirurgião

Justificar faltas de presença

O enfermeiro confirma verbalmente:

- O nome do procedimento
- As contagens de instrumentos, compressas e corto perfurantes
- A rotulagem dos produtos biológicos (ler os rótulos das amostras em voz alta incluindo o nome do utente)
- Se existem problemas com equipamentos ou outros a resolver

Observações

O cirurgião, o anestésista e o enfermeiro indicam

- Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações / necessidades do utente

Índice de Apgar Cirúrgico

Registos	Resultado <small>(inscrever os valores dos parâmetros e não a pontuação)</small>	Escala	Pontuação
Estimativa de perda de sangue	ml	Superior a 1000 ml Entre 601 a 1000 ml Entre 101 e 600 ml Menor ou igual a 100 ml	0 1 2 3
Menor Tensão Arterial Média (TAM)	mmHg	Menor que 40 mmHg Entre 40 e 54 mmHg Entre 55 e 69 mmHg Superior ou igual a 70 mmHg	0 1 2 3
Menor Frequência Cardíaca (FC)	c.p.m.* <small>*ciclos por minuto</small>	Maior que 85 c.p.m. Entre 76 e 85 c.p.m. Entre 66e 75 c.p.m. Entre 56e 65 c.p.m. Menor ou igual a 55 c.p.m.	0 1 2 3 4

APGAR FINAL (Somatório da pontuação de Perdas de sangue + Menor TAM + Menor FC) _____

Observações

Elemento responsável pelo preenchimento desta fase: Nome

Nº Ord. Profissional