



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Time Out

Antes da indução anestésica

▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão cirúrgica

▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO

CONFIRMAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE

SÍTIO DEMARCADO

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

MONITORIZAÇÃO DO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA?

- NÃO
 SIM

Se sim Qual(is)? _____

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

RESERVA DE HEMODERIVADOS

- SIM
 NÃO

OS MATERIAIS E OPME NECESSÁRIOS ESTÃO PRESENTES

CONFIRMAÇÃO

CONFIRMAÇÃO VERBAL DA EQUIPE REALIZADA

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 30 MINUTOS?

- SIM
 NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

- SIM
 NÃO SE APLICA

REGISTRO

REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS E COMPRESSAS

Nº de Compressas

Início: _____

Final: _____

Nº de Instrumentais

Início: _____

Final: _____

PREPARO E IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA
DE ANATOMO PATOLÓGICA REALIZADA?

- SIM
 NÃO SE APLICA

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento : ____ / ____ / ____

Cirurgião: _____ Anestesista: _____

Procedimento Cirúrgico: _____