

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA OBSTÉTRICA

Nome da paciente: _____

Idade: _____

Data do procedimento: ____/____/____

Nome do procedimento: _____

Número do prontuário: _____

Antes da indução anestésica
(Na presença de pelo menos um membro da equipe de enfermagem e do(a) anestesiologista)

Antes da incisão cirúrgica
(Na presença da equipe de enfermagem, do(a) anestesiologista e do(a) obstetra)

Antes da saída da paciente da sala cirúrgica
(Na presença da equipe de enfermagem, do(a) anestesiologista, do(a) obstetra e do(a) pediatra (se aplicável))

CHECAGENS DE DADOS COM A PACIENTE

Nome da mulher, data de nascimento, local da cirurgia, procedimento e seu consentimento cirúrgico e anestésico foram confirmados.

Idade gestacional e antecedentes obstétricos checados Não se aplica

Batimento(s) cardíaco(s) checado(s) previamente. Não se aplica

CHECAGENS DOS DADOS DE PREPARO DA PACIENTE

Retiradas as próteses, implantes e adornos da paciente. Não se aplica

Local da cirurgia demarcado. Não se aplica

Realizadas medidas de higiene. Não se aplica

A paciente tem alergia conhecida. Não possui alergia(s)

Tipo sanguíneo informado. Não se aplica

Jajum checado.

Posicionamento da paciente:

Posição ginecológica Decúbito ventral Decúbito dorsal

Outro _____

CHECAGEM DOS DADOS DO PROCEDIMENTO/INTERVENÇÃO A SER REALIZADA

Indicação do procedimento: _____

Equipe neonatal chamada. Não se aplica

Recem-nascido com risco de hipotermia? Não Sim Não se aplica

Mulher com risco de hipotermia? Não Sim

Mulher com risco de via aérea difícil ou risco de aspiração?

Não Sim – Equipamentos e assistência disponíveis.

Mulher com Risco de perda sanguínea > 500 ml?

Não Sim – Presença de acesso(s) endovenoso(s) ou acesso central e fluidos previstos.

Risco de transmissão vertical? Não Sim Não se aplica

CHECAGEM DE EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS

Concluídas as verificações e reposições do equipamento de anestesiologia, equipamentos obstétricos e medicamentos.

Paciente monitorizado e com oxímetro de pulso funcionando.

Concluídas as verificações e reposições dos equipamentos neonatais e dos medicamentos para ressuscitação. Não se aplica

Checado a temperatura da sala cirúrgica.

CHECAGEM DAS PROFILAXIAS

A mulher precisa tomar:

Sulfato de Magnésio e anti-hipertensivo(s)?

Não

Sim, Sulfato de Magnésio administrado

Sim, anti-hipertensivo(s) administrado(s)

Antirretrovirais? Não Sim

Antibióticos? Não Sim

CHECAGENS DOS DADOS DE PREPARO DA PACIENTE

Para o(a) Obstetra, o(a) Anestesiologista e para a Equipe de Enfermagem:

Nome da mulher, data de nascimento, o procedimento e onde será aplicada e incisão foram confirmados.

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função.

Para a Equipe de Enfermagem:

Acesso(s) endovenoso(s) adequado(s) e pervio(s).

Cateter vesical de demora posicionado adequadamente. Não se aplica

Os exames de imagens e exames laboratoriais essenciais estão disponíveis? Não

Sim, os dois estão disponíveis

Sim, apenas os exames de imagem

Sim, apenas os exames laboratoriais

Placa do bisturi elétrico posicionada adequadamente. Não se aplica

CHECAGEM DOS DADOS DO PROCEDIMENTO/INTERVENÇÃO A SER REALIZADA

Para o (a) Obstetra:

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?

Qual a duração da cirurgia?

Qual a quantidade de perda de sangue prevista?

Para o (a) Anestesiologista:

Há alguma preocupação especificamente relacionada a paciente?

Não Sim, especifique: _____

Para a Equipe de Enfermagem:

Necessidade de amostra de sangue do cordão umbilical. Não se aplica

CHECAGEM DE EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS

Confirmada a esterilização dos instrumentais (incluindo os resultados dos indicadores).

Há preocupação ou problema com relação aos equipamentos? Não

Sim, especifique: _____

CHECAGEM DAS PROFILAXIAS

Realizado profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos. Não se aplica.

Realizado profilaxia para tromboembolismo venoso. Não se aplica

CHECAGENS DOS DADOS DE PREPARO DA PACIENTE

O membro da Equipe de Enfermagem confirma verbalmente:

Paciente na maca com grades elevadas.

Acesso(s) endovenoso(s) pervio(s).

A paciente permanece com a pulseira de identificação

A(s) pulseira(s) do(s) recém-nascido (s) confere(m) com a pulseira da mãe. Não se aplica

Contato pele a pele entre mãe e bebê. Não se aplica

Amamentação na sala cirúrgica. Não se aplica

Útere e loquios avaliados. Não se aplica

CHECAGEM DOS DADOS DO PROCEDIMENTO/INTERVENÇÃO REALIZADA

O membro da Equipe de Enfermagem confirma verbalmente:

O nome do procedimento e os procedimentos adicionais foram registrados.

Conclusão da contagem de instrumentos, compressas, gases e agulhas.

A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente).

Identificação dos materiais biológicos para a patologia.

As amostras de sangue do cordão umbilical foram colhidas. Não se aplica

Para o(a) Obstetra, o(a) Anestesiologista e para a Equipe de Enfermagem:

Perda de sangue registrada.

Prescrição de analgesia.

Prescrição de ocitócitos. Não se aplica

Para o(a) Obstetra, o(a) Anestesiologista, o(a) Pediatra e para a Equipe de Enfermagem:

Principais preocupações para recuperação e manejo da paciente e/ou dos recém-nascido(s).

Especifique: _____

Houve intercorrências durante o procedimento? Não

Sim, especifique: _____

CHECAGEM DE EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS

Problemas com os equipamentos de anestesiologia, da obstetrícia e da pediatria (se aplicável) foram observados?

Não Sim, especifique: _____

ATENÇÃO: Confirmar a saída do prontuário junto com a paciente. Em caso de cesariana, confirmar a saída da mãe com o RN (se aplicável).

Preenchido por (nome, cargo/função, registro profissional): _____

*Todos os itens da lista devem ser checados para que a etapa seguinte possa ser iniciada.