

Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

SISTEMATIZAÇAO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **NIP:** | | | | | | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | **SEXO:** [ ] FEMININO [ ] MASCULINO | | | | | | | | | | | | | | | | | | **IDADE:** | | | | | | | | | | | |
| **SETOR:** ENFERMARIA [ ] CTI/UC [ ] SAE [ ] AMBULATORIAL [ ] OUTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **LEITO:** | | | | | | | | | |
| 1. **PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO - ENFERMARIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CIRURGIA PROPOSTA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **DATA:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| **POSSUI TCLE PARA:** CIRURGIA [ ] ANESTESIA [ ] OUTROS [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **JEJUM DESDE:\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |
| **SINAIS VITAIS**: PA:\_\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_\_\_mmhg FC:\_\_\_\_\_\_\_bpm FR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_irpm TEMP:\_\_\_\_\_\_\_\_C HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:** PESO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_KG ALTURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BANHO REALIZADO:** SIM [ ] NÃO [ ] **COM:** SABONETE [ ] CLOREXIDINA DEGERMANTE [ ] OUTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REALIZOU TRICOTOMIA:**  NÃO [ ] NSA [ ] SIM [ ] LOCAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **PREPARO INTESTINAL:** SIM [ ] NÃO [ ] NSA [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALERGIAS**: NÃO [ ] SIM [ ] **ESPECIFICAR**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TRANSPORTE:** MACA [ ] CADEIRA [ ] | | | | | | | | **PRÉ-ANESTÉSICO:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | **RISCO DE QUEDA:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENCAMINHADO AO CC EM DATA: / /** | | | | | | | | | | | | | | | | **ENCAMINHADO POR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **TRANSOPERATÓRIO – ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA DE ENTRADA NO C.C: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | **DATA:\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | **RECEBIDO POR:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TCLE PARA:** CIRURGIA [ ] ANESTESIA [ ] OUTROS [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **JEJUM:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMES PREOPERATÓRIOS:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | **RETIRADA DE PRÓTESE DENTÁRIA, ADORNOS:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACESSO VENOSO:** [ ] SEM ACESSO [ ] PERIFERICO [ ] PROFUNDO **LOCAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERTENCES:** [ ] NÃO [ ] SIM **- SE SIM, ARRECADAR** | | | | | | | | | | | | | | | | **PA**: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MMHG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PACIENTE CONFIRMOU NOME COMPLETO, SÍTIO CIRÚRGICO, PROCEDIMENTO E TCLEs:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENCAMINHADO A SALA** N.º **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **POR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** | | | | | | | | | | **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **[ ] ANSIEDADE**  **[ ] RISCO DE ASPIRAÇAO**  **[ ] RISCO DE HIPOTERMIA**  **[ ] RISCO DE LESÃO POR BISTURI ELETRICO**  **[ ] RISCO DE LESÃO POR POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO**  **[ ] RISCO DE QUEDA**  **[ ] RISCO DE INFECÇÃO DE SITIO CIRÚRGICO**  **[ ] RISCO DE SANGRAMENTO**  **[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ**  **[ ] RISCO DE DESEQUILIBRIO DO VOLUME DE LIQUÍDOS**  **[ ] MEDO**  **[ ]CONHECIMENTO DEFICIENTE**  **[ ] RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA**  ASS OF ENFERMEIRA: | | | | | | | | | | [ ] FORNECER INFORMAÇÃO SOBRE PROCEDIMENTO NA SO  [ ] AUXILIAR O ANESTESISTA DURANTE INTUBAÇÃO E EXTUBAÇÃO  [ ] AQUECER COM COBERTORES, E /OU MANTA TÉRMICA  [ ] EVITAR DERRMAMENTO DE LIQUÍDO NO BISTURI E NA PLACA NEUTRA  [ ] PROTEGER O CORPO DO CONTATO COM AS PARTES METÁLICAS  [ ] UTILIZAR DISPOSITIVOS DE POSICIONAMENTO  [ ] MANTER MACA TRAVADA E AVALIAR USO DA FAIXA DE SEGURANÇA  [ ] UTILIZAR TÉCNICAS ASSÉPTICAS DURANTE O PROCEDIMENTO  [ ] REALIZAR A TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA MACA PARA MESA SEM PUXAR OU EMPURRAR  [ ] OBSERVAR SINAIS VITAIS (PA, FC, SPO2)  [ ] OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS DE RENTENÇÃO URINÁRIA  [ ] MONITORAR A OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO EVIDENTE  [ ] AJUDAR O PACIENTE A LIDAR COM A SITUAÇÃO  [ ] AUMENTAR O CONFORTO FÍSICO, OFERECER COBERTORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CIRURGIA PROPOSTA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SÍTIO DEMARCADO:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PACIENTE CONFIRMOU NOME COMPLETO**, **SÍTIO CIRÚRGICO, PROCEDIMENTO E TCLEs:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POSSUI TCLE ASSINADO PARA:** CIRURGIA [ ] ANESTESIA [ ] OUTROS [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALERGIAS:** NÃO [ ] SIM [ ] **ESPECIFICAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **JEJUM:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXAMES DE IMAGEM:** [ ] RX [ ] USG [ ] TC [ ] RM [ ] EXAME LABORATORIAL [ ] OUTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MONITORIZAÇAO** **MULTIPARAMETRICA NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO**? SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RISCO DE ASPIRAÇÃO/ VIA AÉREA DIFÍCIL:** SIM [ ] NÃO[ ] | | | | | | | | | | | | | | | | **MATERIAL DE VIA AÉREA DIFICIL:** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇA)?** NÃO [ ] SIM [ ] **RESERVA DE HEMODERIVADOS?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NECESSITA DE VAGA DE UNIDADE FECHADA?** NÃO [ ] SIM [ ] SE SIM, UPO [ ] CTI [ ] UPG [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PERÍODO INTRAOPERATÓRIO NA SALA DE CIRURGIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE** **SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE CONFIRMADA?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROCEDIMENTO, SITÍO CIRÚRGICO E LATERALIDADE CONFIRMADAS?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MIN?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONTAGEM DE INSTRUMENTAL?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | **CONTAGEM DE COMPRESSAS?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OPME EM SALA?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | **INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO VALIDADO?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALGUMA ETAPA** **CRÍTICA CIRÚRGICA E/OU ANESTÉSICA PREVISTA?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DURANTE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CIRCULANTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | **INSTRUMENTADOR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CIRURGIÃO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EQUIPE ANESTÉSICA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERFUSIONISTA:** | | | | | | | | | | | | | **TÉC. DE RAIOX:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA DE ENTRADA NA SO:** | | | | | | | | | | | | | **HORA DO TÉRMINO DA ANESTESIA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA DO ÍNICIO DA ANESTSIA:** | | | | | | | | | | | | | **HORA DO TÉRMINO DA CIRURGIA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA DO ÍNICIO DA CIRURGIA:** | | | | | | | | | | | | | **HORA DE SAÍDA DA SO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE ANESTESIA:** LOCAL [ ] SEDAÇÃO [ ] GERAL [ ] RAQUIANESTESIA [ ] PERIDURAL COM CATETER [ ]  PERIDURAL SEM CATETER [ ] BLOQUEIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TRICOTOMIA:** NÃO [ ] NSA [ ] SIM [ ] LOCAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEMPERATURA DA SO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DEGERMAÇÃO:** CLOREXIDINA DEGERMANTE [ ] PVPI DEGERMANTE [ ] OUTROS [ ]: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTISSEPISIA:** CLOREXIDINA ALCOÓLICA [ ] PVPI ALCOÓLICO [ ] OUTROS [ ]: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POSICIONAMENTO CIRÚRGICO:** DORSAL [ ] LATERAL \_\_ [ ] VENTRAL [ ] FOWLER [ ] SEMI FOWLER [ ] TRENDELENBURG [ ] TRENDELENBURG INVERTIDO [ ] LITOTÔMICA [ ] CANIVETE [ ] RENAL [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BISTURI ELÉTRICO?** SIM [ ] NÃO [ ] **LOCAL DA PLACA?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DISPOSITIVOS DE PROTEÇÃO DA PELE (COXINS)?** NÃO [ ] SIM [ ]  **LOCAL?** SACRA [ ] CALCÂNEOS[ ] CABEÇA[ ] DORSAL[ ] TORÁCICA [ ] OUTROS[ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDIDAS PARA AQUECIMENTO?** NÃO [ ] SIM[ ] MANTA TÉRMICA [ ] INFUSÃO VENOSA AQUECIDA [ ] COBERTOR[ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENF ROBÓTICA: CIRURGIÃO DO CONSOLE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA DO DOCKING: HORA DO UNDOCKING: SISTEMA ROBÓTICO: Si [ ] Xi[ ]** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GRAU DE CONTAMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO:** LIMPO [ ] POTENCIALMENTE CONTAM. [ ] CONTAMINADO [ ] INFECTADO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EQUIPAMENTOS?** FACO [ ] INTENSIFICADOR DE IMAGEM [ ] MICROSCÓPIO [ ] CEC [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MONITORIZAÇÃO/DISPOSITIVOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. OXIMETRO DE PULSO** | | | | | | **COXINS** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. ELETRODOS** | | | | | | **FAIXA DE RESTRIÇÃO** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. PRESSÃO NÃO INVASIVA** | | | | | | **SONDA GÁSTRICA** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. PRESSÃO INVASIVA (PAM)** | | | | | | **SONDA ENTERAL** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO** | | | | | | **SONDA VESICAL** NÃO [ ] SIM [ ] N\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. ACESSO VENOSO CENTRAL** | | | | | | **DRENO DE TÓRAX** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. PLACA NEURTA DO BISTURI** | | | | | | **DRENO PENROSE** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. INCISÃO CIRÚRGICA** | | | | | | **DRENO HEMOVAC** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. DRENO** | | | | | | **DRENO BLAKE** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. GARROTE PENEUMÁTICO**  INÍCIO: FIM: | | | | | | **DVP / DVE** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIO DE MARCAPASSO** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SINAIS VITAIS** | | | | **PA (MMHG)** | | **FC (BPM)** | | | | **FR (IRPM)** | | | | | | | **SATURAÇÃO DE O2 (%)** | | | | | | **TEMPERATURA (oC)** | | | | | | | | **ASSINATURA** | | | | | | | | | |
| ENTRADA NA SO | | | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| SAÍDA DA SO | | | |  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A CIRURGIA PROPOSTA FOI REALIZADA?** SIM [ ] NÃO [ ] **SE, NÃO QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REALIZADA CONTAGEM FINAL DE INSTRUMENTAL, COMPRESSA E AGULHAS?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DRENOS E EQUIPOS DATADOS E IDENTIFICADOS CORRETAMENTE?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PEÇAS CIRURGICA PARA EXAMES ESTÃO IDENTIFICADAS E COMPEDIDOS CORRESPONDENTES?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HÁ ALGUM ASPECTO EM PARTICULAR PARA RECUPERAÇÃO E MANEJO NO RPA** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATERIAL BIOLÓGICO?** NÃO [ ] SIM [ ]  **SE SIM**: ANATOMIA PATOLOGICA [ ] CULTURA/ LABORATÓRIO [ ] CONGELAMENTO [ ] SEPULTAMENTO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PACIENTE ENCAMINHADO DA SO PARA**: RPA [ ] ENFERMARIA [ ] UPO [ ] CTI [ ] UPG [ ] UC [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENTREGUE PRONTUÁRIO COMPLETO?** SIM [ ] NÃO [ ] **ENTREGUE EXAMES PREOPERATÓRIOS?** SIM [ ] NÃO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA – RPA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMISSÃO NA RPA**: \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ADMITIDO POR**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** LÚCIDO [ ] SONOLENTO [ ] CONSCIENTE [ ] DESORIENTADO [ ] AGITADO [ ] TORPOROSO [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE ANESTESIA**: LOCAL [ ] SEDAÇÃO [ ] GERAL [ ] RAQUIANESTESIA [ ] PERIDURAL [ ] COM CATETER[ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **QUEIXAS:** DOR [ ] ÊMESE [ ] NAÚSEAS [ ] FRIO [ ] DISPNEIA [ ] TONTURA [ ] SEM QUEIXAS [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VIA AÉREA:** AA [ ] CATÉTER NASAL [ ] MACRO [ ] \_\_\_\_\_\_\_ L/MIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SONDA GÁSTRICA:** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AV. PERIFÉRICO**: NÃO [ ] SIM [ ] LOCAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SONDA ENTERAL:** NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AV. CENTRAL:** NÃO [ ] SIM [ ] LOCAL: | | | | | | | | | | | | | | | | **SONDA VESICAL:** NÃO [ ] SIM [ ] IRRIGAÇÃO NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAM:** NÃO [ ] SIM [ ] LOCAL: | | | | | | | | | | | | | | | | COMPRESSOR DE MMII: NÃO [ ] SIM [ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DRENO**: NÃO [ ] SIM [ ] TIPO / LOCAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CARACTERISTICA DA SECREÇÃO**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | **CURATIVO CIRÚRGICO:** NÃO [ ] SIM [ ]  **CONDIÇÕES**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**  **ASSINATURA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRESCRIÇÃO MÉDICO ANESTESISTA:**  **CARIMBO ANESTESISTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA/**  **SINAIS VITAIS** | | | **O’** | | **15’** | | | **30’** | | | **45’** | | | | | | | **60’** | | | | | **1H30’** | | | | **2H** | | | | | **3H** | | | | | **4H/ ALTA** | | | |
| PA (MMHG) | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| FC /PULSO | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| SATURAÇÃO DE O2 | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| TEMPERATURA | | |  | |  | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| **ESCALA DE ALDRETE E KROULIK** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARÂMETRO** | | | **RESPOSTA** | | | | | | | | | | | | PONTOS | | | | **0 ‘** | | **15’** | | **30’** | | **45’** | | | **60’** | | **1H30’** | | | **2H** | | | **3H** | | **4H / ALTA** | |
| **CONSCIÊNCIA** | | | LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO | | | | | | | | | | | | 2 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| DESPERTA, SE SOLICITADO | | | | | | | | | | | | 1 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| NÃO RESPONDE | | | | | | | | | | | | 0 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| **RESPIRAÇÃ0** | | | CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE | | | | | | | | | | | | 2 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| DISPNEIA OU LIMITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO | | | | | | | | | | | | 1 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| APNEIA | | | | | | | | | | | | 0 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| **SATURAÇÃO DE O2** | | | CAPAZ DE MANTER SATURAÇÃO DE O2> 92%, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE | | | | | | | | | | | | 2 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| NECESSITA DE O2 PARA MANTER A SATURAÇÃO >90% | | | | | | | | | | | | 1 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| SATURAÇÃO DE O2< DE 90%, COM SUPLEMENTAÇÃO DE O2 | | | | | | | | | | | | 0 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| **CIRCULAÇÃO** | | | PA COM VARIAÇÃO DE ATÉ 20% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉISCO | | | | | | | | | | | | 2 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| PA COM VARIAÇÃO DE 20% A 49% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉISCO | | | | | | | | | | | | 1 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| PA COM VARIAÇÃO ACIMA DE 50% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉISCO | | | | | | | | | | | | 0 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| **ATIVIDADE MUSCULAR** | | | MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS | | | | | | | | | | | | 2 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| MOVIMENTA 2 MEMBROS | | | | | | | | | | | | 1 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| INCAPAZ DE MOVER OS MEMBROS VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDO | | | | | | | | | | | | 0 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| **TOTAL DE PONTOS** | | | **OBS: DE 8 A 10 PONTOS, PACIENTE APTO PARA ALTA** | | | | | | | | | | | | - | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
| 1. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NA RPA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** | | | | | | | | | | **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **[ ] CONFUSÃO AGUDA**  **[ ] DOR AGUDA**  **[ ] RISCO DE ASPIRAÇAO**  **[ ] NAÚSEA**  **[ ] HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA**  **[ ] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADDA**  **[ ] RISCO DE QUEDA**  **[ ] RISCO DE INFECÇÃO DE SITIO CIRÚRGICO**  **[ ] RISCO DE SANGRAMENTO**  **[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ**  **[ ] RISCO DE DESEQUILIBRIO DO VOLUME DE LIQUÍDOS**  **[ ] MOILIDADE NO LEITO PREJUDICADA**  **[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL**  **[ ] ELIMINAÇAO URINÁRIA PREJUDICADA**  ASS OF ENFERMEIRA: | | | | | | | | | | [ ] PORPORCIONAR TRANQUILIDADE E CONFORTO  [ ] ADMINISTRAR OXIGÊNIO UMIDIFICADO  [ ] AVALIAR OS NÍVEIS E SINAIS DA DOR  [ ] AQUECER COM COBERTORES, E /OU MANTA TÉRMICA  [ ] AVALIAR CONDIÇÕES DA FERIDA OPERATÓRIA E DA PELE DO PACIENTE  [ ] AVALIAR ELIMINACÕES POR DRENOS E CATETERES  [ ] REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO  [ ] MANTER MACA TRAVADA COM GRADE ELEVADA E VIGILÂNCIA  [ ] MANTER CABEÇEIRA ELEVADA 30 **o**/45 **o**  [ ] OBSERVAR NÁUSEAS E VÔMITOS  [ ] ADMINISTRAR MÉDICAÇÃO CONFFORME PRESCRIÇÃO  [ ] OBSERVAR SINAIS VITAIS (PA, FC, SPO2)  [ ] OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS DE RENTENÇÃO URINÁRIA  [ ] OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS DE SANGRAMENTO  [ ] AVALIAR HGT AOS SINASI DE HIPO OU HIPER GLICEMIA E EM PACIENTES DIABÉTICOS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONTROLE DE LÍQUIDOS NA RPA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA** | **LÍQUIDOS ADMINISTRADOS** | | | | | | | | **ML** | | | **HORA** | | | | | | | | **LÍQUIDOS ELIMINADOS** | | | | | | | | | | | | | | | **ML** | | | | | |
| : |  | | | | | | | |  | | | : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| : |  | | | | | | | |  | | | : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| : |  | | | | | | | |  | | | : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| : |  | | | | | | | |  | | | : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS NA RPA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HORA** | | **TIPO** | **ID BOLSA** | | | | **VOLUME** | | | | **FC (BPM)** | | | | | | | | **PA (MMHG)** | | | | | **SAT O2** | | **TEMP o C** | | | | | | | | **ASSINATURA** | | | | | | |
| : | |  |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| : | |  |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM**  **ASSINATURA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTA MÉDICA DA RPA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVAÇÕES**  **ASSINATURA/CARIMBO ANESTESISTA HORA DA ALTA DA RPA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TRANSPORTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRONTUÁRIO COMPLETO ENTREGUE COM**: FICHA DA ANESTESIA [ ] PRESCRIÇÃO MÉDICA [ ] SAEP[ ] EXAMES[ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SAÍDA DO CC ÀS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENCAMINHADO POR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)