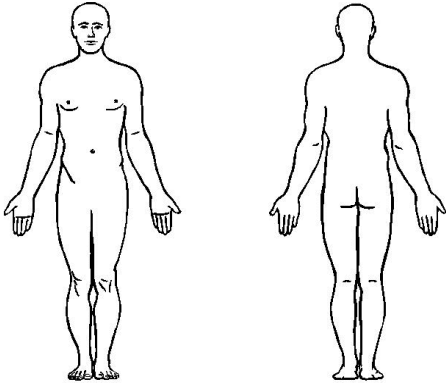


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:		NIP:	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
IDADE:		LEITO:	
SETOR: ENFERMARIA <input type="checkbox"/> CTI/UC <input type="checkbox"/> SAE <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____			
2. PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO - ENFERMARIA			
CIRURGIA PROPOSTA:		DATA: ____/____/____	
POSSUI TCLE PARA: CIRURGIA <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> _____		JEJUM DESDE: _____	
SINAIS VITAIS: PA: ____X____ mmhg FC: ____ bpm FR: ____ irpm TEMP: ____ C HORA: _____			
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO: ____ KG ALTURA: ____ CM			
BANHO REALIZADO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> COM: SABONETE <input type="checkbox"/> CLOREXIDINA DEGERMANTE <input type="checkbox"/> OUTROS _____			
REALIZOU TRICOTOMIA: NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> LOCAL _____		PREPARO INTESTINAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> _____	
ALERGIAS: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: _____		PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____	
TRANSPORTE: MACA <input type="checkbox"/> CADEIRA <input type="checkbox"/> PRÉ-ANESTÉSICO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
ENCAMINHADO AO CC EM DATA: ____/____/____		ENCAMINHADO POR: _____	
3. TRANSOPERATÓRIO – ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO			
HORA DE ENTRADA NO C.C: _____		DATA: ____/____/____	
RECEBIDO POR:			
TCLE PARA: CIRURGIA <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> _____		JEJUM: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____	
EXAMES PREOPERATÓRIOS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PRÓTESE DENTÁRIA, ADORNOS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> SEM ACESSO <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> PROFUNDO LOCAL: _____			
PERTENCES: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE SIM, ARRECADAR _____		PA: ____/____ MMHG	
PACIENTE CONFIRMOU NOME COMPLETO, SÍTIO CIRÚRGICO, PROCEDIMENTO E TCLEs: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
ENCAMINHADO A SALA N.º _____		HORA: _____	
POR: _____			
4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO			
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO DE HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> RISCO DE LESÃO POR BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> RISCO DE LESÃO POR POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO DEFICIENTE <input type="checkbox"/> RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> FORNECER INFORMAÇÃO SOBRE PROCEDIMENTO NA SO <input type="checkbox"/> AUXILIAR O ANESTESISTA DURANTE INTUBAÇÃO E EXTUBAÇÃO <input type="checkbox"/> AQUECER COM COBERTORES, E /OU MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/> EVITAR DERRAMAMENTO DE LÍQUIDO NO BISTURI E NA PLACA NEUTRA <input type="checkbox"/> PROTEGER O CORPO DO CONTATO COM AS PARTES METÁLICAS <input type="checkbox"/> UTILIZAR DISPOSITIVOS DE POSICIONAMENTO <input type="checkbox"/> MANTER MACA TRAVADA E AVALIAR USO DA FAIXA DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> UTILIZAR TÉCNICAS ASSÉPTICAS DURANTE O PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> REALIZAR A TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA MACA PARA MESA SEM PUXAR OU EMPURRAR <input type="checkbox"/> OBSERVAR SINAIS VITAIS (PA, FC, SPO2) <input type="checkbox"/> OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> MONITORAR A OCORRÊNCIA DE SANGRAMENTO EVIDENTE <input type="checkbox"/> AJUDAR O PACIENTE A LIDAR COM A SITUAÇÃO <input type="checkbox"/> AUMENTAR O CONFORTO FÍSICO, OFERECER COBERTORES	
ASS OF ENFERMEIRA:			
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
CIRURGIA PROPOSTA:		SÍTIO DEMARCADO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____	
PACIENTE CONFIRMOU NOME COMPLETO, SÍTIO CIRÚRGICO, PROCEDIMENTO E TCLEs: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
POSSUI TCLE ASSINADO PARA: CIRURGIA <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> _____			
ALERGIAS: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: _____		JEJUM: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____	
EXAMES DE IMAGEM: <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> EXAME LABORATORIAL <input type="checkbox"/> OUTROS _____			
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
RISCO DE ASPIRAÇÃO/ VIA AÉREA DIFÍCIL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____		MATERIAL DE VIA AÉREA DIFÍCIL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____	
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇA)? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADOS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
NECESSITA DE VAGA DE UNIDADE FECHADA? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SE SIM, UPO <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> UPG <input type="checkbox"/> _____			
5. PERÍODO INTRAOPERATÓRIO NA SALA DE CIRURGIA			
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE CONFIRMADA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
PROCEDIMENTO, SÍTIO CIRÚRGICO E LATERALIDADE CONFIRMADAS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MIN? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____			
CONTAGEM DE INSTRUMENTAL? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____		CONTAGEM DE COMPRESSAS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____	
OPME EM SALA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____		INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO VALIDADO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> _____	

ALGUMA ETAPA CRÍTICA CIRÚRGICA E/OU ANESTÉSICA PREVISTA? SIM [] NÃO []						
6. DURANTE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO						
CIRCULANTE:			INSTRUMENTADOR:			
CIRURGIÃO:						
EQUIPE ANESTÉSICA:						
PERFUSIONISTA:			TÉC. DE RAIOS:			
HORA DE ENTRADA NA SO:			HORA DO TÉRMINO DA ANESTESIA:			
HORA DO ÍNICIO DA ANESTESIA:			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 [] TRENDLENBURG [] TRENDLENBURG 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. OXÍMETRO 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 PNEUMÁTICO	DVP / DVE NÃO [] SIM []					
INÍCIO:	FIM:	FIO DE MARCAPASSO NÃO [] SIM []				
SINAIS VITAIS	PA (MMHG)	FC (BPM)	FR (IRPM)	SATURAÇÃO DE O2 (%)	TEMPERATURA (°C)	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 CIRÚRGICAS 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 PATOLÓGICA [] 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 []						
7. 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 [] FRIJO [] 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: _____			CURATIVO CIRÚRGICO: NÃO [] SIM []			

CARACTERÍSTICA DA SECREÇÃO:					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'	1H 30'	2H	3H	4H / ALTA
CONSCIÊNCIA	LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO	2									
	DESPERTA, SE SOLICITADO	1									
	NÃO RESPONDE	0									
RESPIRAÇÃO	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-ANESTÉSICO	2									
	PA COM VARIAÇÃO DE 20% A 49% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	1									
	PA COM VARIAÇÃO ACIMA DE 50% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	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	-									
8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NA RPA											
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM						INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> MOIDADE NO LEITO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL <input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA						<input type="checkbox"/> PORPORCIONAR TRANQUILIDADE E CONFORTO <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR OXIGÊNIO UMIDIFICADO <input type="checkbox"/> AVALIAR OS NÍVEIS E SINAIS DA DOR <input type="checkbox"/> AQUECER COM COBERTORES, E /OU MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/> AVALIAR CONDIÇÕES DA FERIDA OPERATÓRIA E DA PELE DO PACIENTE <input type="checkbox"/> AVALIAR ELIMINAÇÕES POR DRENOS E CATETERES <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <input type="checkbox"/> MANTER MACA TRAVADA COM GRADE ELEVADA E VIGILÂNCIA <input type="checkbox"/> MANTER CABEÇEIRA ELEVADA 30°/45° <input type="checkbox"/> OBSERVAR NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR SINAIS VITAIS (PA, FC, SPO2) <input type="checkbox"/> OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS DE SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> AVALIAR HGT AOS SINASI DE HIPO OU HIPER GLICEMIA E EM PACIENTES DIABÉTICOS.					
ASS OF ENFERMEIRA:											
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 °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: _____			