

# **CHECKLIST PARA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM**

Aline Figueiredo Ferreira

Elaine Antunes Cortez

Descritores:  
Educação Permanente, Enfermagem Perioperatória, Melhoria da Qualidade, Processo de Enfermagem, Qualidade da Assistência de Saúde, Registros de Enfermagem.

## **INTRODUÇÃO E MÉTODO**

Este produto é oriundo da pesquisa de mestrado intitulada: “Educação Permanente como Estratégia para Realização e Valorização do Registro de Enfermagem”, tal pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico A do Hospital Federal de Bonsucesso após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta unidade e da Universidade Federal Fluminense, a qual está vinculada a pesquisadora. A Plataforma Brasil disponibilizou o parecer aprovado número 1.805.784.

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo pesquisa convergente assistencial. Com o objetivo de identificar os fatores que dificultam os profissionais de enfermagem a realizar o registro de forma adequada e utilizar posteriormente métodos que favoreçam e reforcem esta prática.

## **ELABORAÇÃO DO CHECKLIST PARA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA**

A necessidade do checklist para visita pré-operatória se evidenciou após a observação participante, na qual não foi encontrado nenhum registro referente a esse período.

Para maiores informações consulte a pesquisa na íntegra.

## CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

Nome Paciente: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_, Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F. Cor Da Pele: ( ) Negra ( ) Branca ( ) Parda ( ) Indígena ( ) \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_.  
Procedimento Cirúrgico Proposto: \_\_\_\_\_  
Porte Da Cirurgia: ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande  
Paciente Relata E/Ou Apresenta: ( ) Ansiedade ( ) Nervosismo ( ) Duvidas Sobre O Procedimento ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Cirurgias Anteriores: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
Comorbidades: ( ) Diabetes ( ) Hipertensão Arterial ( ) Dislipidemia ( ) Doenças Infecto-Contagiosas ( ) Outras: \_\_\_\_\_  
Medicamentos Em Uso: \_\_\_\_\_  
Tabagista? ( ) Não ( ) Sim. Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Já Fumou? ( ) Não ( ) Sim. Por Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_ Quando Parou? \_\_\_\_\_  
Etilista? ( ) Não ( ) Sim. Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
Já Bebeu? ( ) Não ( ) Sim. Por Quanto Tempo? \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_ Quando Parou? \_\_\_\_\_  
Uso De Opioides E/Ou Entorpecentes? ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_  
Alergias: ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

### Exame Físico

#### 1.1 Sistema Respiratório:

Fr: \_\_\_\_ Rpm ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) Ortopneico ( ) Superficial ( ) Profunda ( ) Ruidosa  
Ausculta Pulmonar: Presença De Ruídos Adventícios? ( ) Sim ( ) Não. Especificar: \_\_\_\_\_  
Presença De Tosse, Secreção, Dipnéia? ( ) Sim ( ) Não. Especificar: \_\_\_\_\_

#### 1.2 Sistema Cardiovascular:

Fc: \_\_\_\_ Bpm. Pa: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ Mmhg

#### 1.3 Sistema Gastrointestinal:

Peso: \_\_\_\_ Kg / Jejum: ( ) Sim ( ) Não  
Presença De Prótese Dentária: ( ) Sim ( ) Não

#### 1.4 Sistema Tegumentar:

Tax: \_\_\_\_ °C. Integridade Cutânea: ( ) Sim ( ) Não. Especificar: \_\_\_\_\_  
Condições De Higiene: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória. Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não  
Acesso Venoso: ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

#### 1.5 Sistema Neurológico:

Nível De Consciência: ( ) Lúcido ( ) Consciente ( ) Torporoso ( ) Desorientado ( ) Comatoso  
Acuidade Auditiva E Visual Preservada: ( ) Sim ( ) Não

Dor: ( ) Sim. Local E Tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Não.

Alterações No Padrão Do Sono: ( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

#### 1.6 Sentimentos Do Paciente:

( ) Calmo ( ) Apatia ( ) Ansiedade ( ) Medo ( ) Agitação ( ) Isolamento  
Houve Mudança No Dia-A-Dia Em Virtude Da Necessidade Do Procedimento Anestésico/Cirúrgico?  
( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

#### 1.7 Sistema Músculo-Esquelético:

Deambulação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada, Especificar: \_\_\_\_\_

#### 1.8 Sistema Urinário

Eliminação Urinária: ( ) Espontânea ( ) Por Sonda. Cor E Aspecto: \_\_\_\_\_



## REFERENCIAS:

- RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Disponível em: . Acessado em: abril de 2017.
- RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/>>. Acessado em: 20 agosto 2014.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas SOBECC. 6ª ed. São Paulo: SOBECC; 2013.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA : definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International] ; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. Porto Alegre : Artmed, 2015.