

CHECKLIST DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO NA CLÍNICA CIRÚRGICA MISTA

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	Data: ____/____/____
Prontuário:	Data de Nascimento: ____/____/____ Idade:
Cirurgia:	
Pulseira de Identificação: () Sim () Não	
Alergia: () Sim () Não Se sim, qual:	
CONTROLE PRÉ-OPERATÓRIO	
Precaução: () Padrão () Contato () Respiratório	
Doenças associadas: () Hipertensão () Diabetes Mellitus () Pulmonares () Cardiovasculares () Outro: _____	
Nível de Consciência: () Agitado () Acordado () Sonolento () Inconsciente	
Possui Acesso? () Sim () Não Se sim, onde?	
Uso de Anticoagulante: () Sim () Não Se sim, qual: _____	
Suspendeu o uso antes da cirurgia: () Sim () Não	
Medicações em uso: _____ _____ _____	
Jejum: () Sim () Não Hora aproximada da última ingesta oral: ____:____	
Aspectos nutricionais: () Obeso () Sobrepeso () Eutrófico () Emagrecido	
Esvaziamento vesical: () Sim () Não	
Eliminações Intestinais: () Sim () Não Obs: _____	
Adornos e Próteses: () Sim () Não Obs: _____	
Paciente com roupa adequada para cirurgia: () Sim () Não	
Termos de Consentimento: () Anestesia () Cirurgia () Transfusão	
Tipo Sanguíneo: _____	
Verificação de sangue cruzado disponível: () Feito () Não: Verificar	

CHECKLIST DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO NA CLÍNICA CIRÚRGICA MISTA

Possíveis diagnósticos de enfermagem:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Risco de lesão perioperatória por posicionamento | <input type="checkbox"/> Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Risco de hipotermia perioperatória | <input type="checkbox"/> Medo |
| <input type="checkbox"/> Risco de infecção no sítio cirúrgico | <input type="checkbox"/> Dor |
| <input type="checkbox"/> Risco de sangramento | <input type="checkbox"/> Integridade tissular alterada |
| <input type="checkbox"/> Risco de aspiração | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Risco para déficit no volume de líquidos | <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Risco de baixa autoestima situacional | <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído |
| <input type="checkbox"/> Risco de reação alérgica ao látex | |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio eletrolítico | |
| <input type="checkbox"/> Risco de queda | |
| <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável | |
| <input type="checkbox"/> Déficit no volume de líquidos | |
| <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente | |
| <input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada | |
| <input type="checkbox"/> Proteção ineficaz | |
| <input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

Prescrição de Enfermagem: _____

Observação: _____

