

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 1/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

1. INTRODUÇÃO

Os procedimentos invasivos são, muitas vezes, o único tratamento que pode aliviar, corrigir e salvar vidas, apesar de seus riscos inerentes e não controláveis. Embora estes procedimentos tenham essa finalidade, falhas evitáveis de segurança podem ocorrer e causar danos físicos e psíquicos irreparáveis ao cliente, familiares e profissionais, quando medidas de segurança não são sistematicamente adotadas.

Nesta perspectiva, de aumentar os padrões de qualidade para tornar a assistência nos procedimentos mais segura, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul institui o protocolo abaixo descrito.

2. OBJETIVOS

- 2.1 Reduzir a incidência de complicações em cirurgias e procedimentos terapêuticos invasivos;
- 2.2 Prevenção de Cirurgia e Procedimentos Invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado ou paciente errado (*never events*);
- 2.3 Garantir assistência intraoperatória segura, destacando o cumprimento às medidas críticas estabelecidas antes de iniciar a indução anestésica e a incisão cirúrgica e ao término da cirurgia;
- 2.4 Realização dos *Checklists* de Cirurgia Segura e Procedimentos Invasivos nos pacientes eletivos e de urgência;
- 2.5 Tornar mais eficiente à comunicação multiprofissional e definir responsabilidades;
- 2.6 Definir um conjunto mínimo de indicadores/métricas de monitoramento;
- 2.7 Dar suporte teórico e operacional às atividades de educação permanente.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 2/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo é de cunho institucional e as recomendações deverão ser aplicadas em todos os pacientes (adultos e pediátricos) a serem submetidos a procedimento cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos em caráter eletivo e de urgência que impliquem em incisão, excisão, manipulação e suturas de tecidos, e que, geralmente, requeiram anestesia regional ou geral, ou sedação para controle da dor.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Equipe Multiprofissional

- Conhecer o presente Protocolo e atender as medidas de segurança que garantem a promoção da realização de procedimentos invasivos seguros;
- Garantir a identificação do cliente em todos os procedimentos a serem realizados;
- Participar frequentemente de educação continuada;
- Participar ativamente na condução e registro do *Checklist* do Procedimento Seguro (Bloco Cirúrgico, CC2 e Hemodinâmica), assim como *checklist* de procedimentos invasivos (por exemplo, punções de acessos centrais, paracentese e toracocentese);
- Notificar qualquer risco identificado e evento adverso ocorrido através do Formulário de Notificação de Eventos adversos - *disponível na intranet*.

4.2 Médico/ Cirurgião/ intervencionista/ gastroenterologista

- Esclarecer ao cliente e familiares sobre os riscos do procedimento, e se consentido o procedimento, providenciar a assinatura do Termo de consentimento informado – Serviço de Cirurgia Cardiovascular (Apêndice 1); Termo de consentimento livre e esclarecido – Serviço de Hemodinâmica e cardiologia intervencionista – Paciente Adulto (Apêndice 2); Termo de

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 3/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

consentimento livre e esclarecido para Estudo Eletrofisiológico e para tratamento das arritmias cardíacas por Ablação com radiofrequência (Apêndice 3). Se necessário, termo de consentimento informado para Transfusão de Hemocomponentes (Apêndice 4)

- Prescrever os cuidados pré e pós-procedimentos;
- Prescrever medicamentos pré e pós-procedimentos (SN);
- Em casos de procedimentos eletivos e que necessitem OPME ou instrumental especial o médico cirurgião deverá realizar em tempo hábil a solicitação dos recursos (no dia da solicitação do agendamento);
 - Conduzir/Realizar o procedimento;
 - Em procedimentos cirúrgicos participar da conferência das compressas e instrumentais utilizados, ao término da cirurgia;
 - Ao término do procedimento conversar com os familiares sobre o transcorrido no procedimento;
 - Acompanhar o cliente até a Unidade Pós Operatória (UPO) ou sala de recuperação (SR)/ Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e realizar a transferência do cuidado do paciente;
 - Realizar a evolução, descrição cirúrgica/ laudo do procedimento no sistema MV. Além da assinatura das folhas de débitos.

4.3 Médico Anestesista

- Esclarecer ao cliente e familiares sobre os riscos anestésicos, e se consentido o procedimento, providenciar as assinaturas do Termo de Consentimento para Anestesia (Apêndice 5);
 - Receber o paciente na porta do Bloco Cirúrgico/CC2/ Hemodinâmica e realizar a conferência da identificação do paciente;
 - Decidir e aplicar o medicamento anestésico mais indicado;
 - Checar e calibrar o aparelho de anestesia;
 - Checar material e os equipamentos para intubação endotraqueal;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 4/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

- Informar a equipe multiprofissional sobre os riscos e pontos críticos no procedimento (via aérea difícil, risco de aspiração e alergias conhecidas);
- Promover a monitorização hemodinâmica do cliente e a administração do antibiótico profilático, no intraoperatório;
 - Atentar ao manejo e recuperação, garantindo a estabilidade do estado geral do cliente;
 - Garantir a administração do antibiótico profilático;
 - Atentar para a correta identificação dos rótulos das soluções bem como do perfeito funcionamento das bombas de infusão durante o decorrer da cirurgia e no momento do transporte do paciente até a UPO, SR ou CTI;
 - Acompanhar o cliente até a Unidade Pós Operatória (UPO), SR (CC2) ou CTI para realizar a transferência do cuidado do paciente;
 - Realizar o preenchimento da ficha anestésica e arquivar cópia no prontuário físico do paciente.

4.4 Enfermeiro

4.4.1 Enfermeiro Pré Procedimento

- O enfermeiro do setor de origem do paciente deverá retirar a listagem cirúrgica e de procedimentos hemodinâmicos sempre às 18 horas;
- O enfermeiro deverá preencher o *checklist* de preparo de procedimento (bloco, hemodinâmica e CC2);
- Deverá orientar o paciente e equipe da avaliação, preparo, exames relevantes para a realização do procedimento;
- Garantir que os cuidados pré-procedimento e a organização do prontuário estejam adequados antes de encaminhar o paciente ao local de realização do procedimento;
- Supervisionar e garantir que a equipe de enfermagem realize os cuidados do preparo pré-procedimento, como NPO, banho, higiene bucal, punção venosa, tricotomia e preparo intestinal;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 5/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

- Verificar o preenchimento correto e completo dos seguintes documentos: Avaliação pré-anestésica, termo de consentimento informado do procedimento, termo de consentimento anestésico e se necessário termo consentimento de transfusão de hemocomponentes.

4.4.2 Enfermeiro Bloco Cirúrgico, CC2 e Hemodinâmica

- Certificar-se com o enfermeiro da UPO ou sala de recuperação nos casos de procedimentos hemodinâmicos a reserva do leito para o paciente. Enfermeiro do CC2 deverá certificar-se dos leitos disponíveis na SR, conforme número de procedimentos da agenda.
- No CC2, o Enfermeiro deverá certificar-se da realização da Triagem, avaliação inicial dos pacientes que são recebidos diretamente no setor, provenientes do setor de internação;
- Receber o paciente na porta do Bloco Cirúrgico/ CC2/ HD junto à equipe multiprofissional e realizar a conferência da identificação do paciente;
- Realizar ou supervisionar o preenchimento do *Checklist* de Procedimento Seguro, conforme padrão de cada área, em suas diferentes etapas (Preparo do cliente; Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica e Antes do cliente sair da sala operatória);
- Confirmar a presença de reserva sanguínea, no pré-operatório, e registrar;
- Gerenciar os recursos humanos de enfermagem e materiais necessários na sala operatória e laboratório de hemodinâmica;
- No BC e CC2, acompanhar e auxiliar na monitorização e posicionamento do paciente;
- Supervisionar o posicionamento da placa/eletrodo do eletrocautério no cliente, antes da incisão cirúrgica;
- Realizar sondagem vesical de demora, quando indicado;
- Mobilizar a equipe de enfermagem para prestar uma assistência que garanta a segurança do cliente;
- Acompanhar o cliente até a Unidade Pós Operatória (UPO), SR (CC2) ou sala de recuperação nos casos de procedimentos hemodinâmicos e realizar a transferência do cuidado do paciente (BC e HD, Apêndice 6);

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 6/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

- Para BC e CC2, enfermeiro deverá preencher Registro de Enfermagem Peri operatório, que deverá ser encaminhado junto ao paciente para a recuperação;
- Pacientes que realizarem procedimento cirúrgico deverá ser aplicada Escala de Elpo, com registro do escore no formulário de Registro de Enfermagem, e aplicadas medidas de prevenção conforme classificação do risco obtida (risco alto ou baixo);

4.5 Técnico de Enfermagem

- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência durante a assistência prestada;
- Realizar anamnese de enfermagem (HD) conforme Apêndice 7;
- Acompanhar ou realizar a conferência e o registro do *Checklist* do procedimento Seguro de acordo com cada etapa;
 - Preparar e montar a sala operatória/ procedimento hemodinâmico/ endoscopia com materiais e equipamentos de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos levantados (seguir rotina estabelecida na unidade);
 - Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais a ser utilizado, antes do procedimento;
 - Posicionar a placa/eletrodo do eletrocautério no cliente, antes da incisão cirúrgica (e no laboratório de hemodinâmica quando necessário);
 - Em procedimentos cirúrgicos realizar a contagem das compressas utilizadas junto ao médico cirurgião e instrumentador, ao término da cirurgia;
 - Identificar e encaminhar as peças anatômicas/culturas, ao término da cirurgia;
 - Fixar as etiquetas de esterilização no prontuário, ao término da cirurgia;
 - Monitorar e acompanhar o cliente até a Unidade Pós Operatória (UPO), SR (CC2) ou sala de recuperação.

4.6 Instrumentador cirúrgico

- Preparar o instrumental cirúrgico de acordo com o tipo de cirurgia;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 7/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

- Montar mesa de instrumental cirúrgico, e acompanhar junto à equipe cirúrgica durante todo o procedimento;
- Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais utilizados (seguir rotina estabelecida na unidade);
- Realizar a contagem dos instrumentais cirúrgicos junto ao médico cirurgião, ao término da cirurgia. Contagem final deve ser concluída e informada antes do fechamento de cavidades.

4.7 Perfusionista

- Receber dados do paciente, após divulgação da escala cirúrgica, conferindo os mesmos e realizando os cálculos necessários para realização da circulação extracorpórea (CEC);
- Preparar e montar o equipamento de CEC de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos cirúrgicos levantados;
- Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais utilizados (seguir rotina estabelecida na unidade);
- Ao identificar qualquer alteração suspeita envolvendo a CEC, comunicar imediatamente toda a equipe envolvida no procedimento.

4.8 Técnico em Radiologia

- Cadastro dos dados do paciente nos equipamentos de Cinefluoroscopia conforme a descrição do pré-laudo, atentando para correta identificação do paciente;
- Auxílio na manipulação e controle dos equipamentos de Cinefluoroscopia (no ambiente de comandos das salas de procedimentos hemodinâmicos e em Sala Híbrida, no BC);
- Manipulação do aparelho de IVUS/ultrassom e FFR/radiofrequência (nas salas 1, 2, 3 e 4);
- Arquivamento das cópias de exames e quantificações da exposição à radiação pós aquisição das imagens;
- Deslocamento e manuseio de arco móvel, conforme necessidade da escala, no BC e CC2.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 8/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

5. DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE (Responsabilidade pela execução: Médico Cirurgião)

Quando houver procedimento invasivo/ cirúrgico que seja necessário à demarcação da lateralidade, deve ser questionado ao paciente antes da entrada em sala cirúrgica, solicitando que ele marque um “X” no local a ser realizado o procedimento (direito ou esquerdo). Após o cirurgião é responsável por conferir e também marcar a lateralidade com “X” maior no local do procedimento. Caso paciente seja criança ou adulto sem condições de verbalizar esta marcação deverá ser solicitado ao familiar ou responsável legal.

Cuidados importantes:

- Realizar a demarcação do sítio cirúrgico em casos de lateralidade (direito e esquerdo), de estruturas múltiplas (p. ex. dedos das mãos, membros inferiores, costelas) e de níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral);
- Realizar a demarcação do sítio cirúrgico com o símbolo de um alvo “X” sobre a pele, tala gessada e/ou curativo, se for o caso;
- Utilizar marcador permanente específico (caneta dermográfica) para a demarcação do sítio cirúrgico;
- Na Hemodinâmica, o local de punção será avaliado pelo médico intervencionista. Após isso, a equipe será informada sobre qual membro será utilizado para a realização do procedimento para posterior posicionamento do mesmo.

6. OPERACIONALIZAÇÃO DO CHECKLIST DE PROCEDIMENTO SEGURO

O *Checklist* do Procedimento Seguro será conduzido e registrado preferencialmente pelo Enfermeiro, podendo ser realizado pelo Técnico de Enfermagem, sempre que delegado. O *checklist* deverá sempre ser conduzido oralmente por um único profissional (enfermeiro e / ou

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 9/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

técnico de enfermagem), cabendo à responsabilidade de todos os membros da equipe para realização deste processo.

6.1 A SELEÇÃO DO *CHECKLIST*

A identificação do *checklist* a ser utilizado é baseada nas informações a respeito do procedimento a ser realizado, confirmados na escala diária de procedimentos do Bloco Cirúrgico (fornecida no dia anterior pela Secretaria da Cirurgia). O enfermeiro do turno realizará a seleção do *checklist* a ser utilizado. Nossa serviço conta com dois modelos: ***Checklist para Cirurgia Segura para procedimentos com circulação extracorpórea(CEC) (Apêndice 8)*** e ***Checklist para Cirurgia Segura para procedimentos sem CEC (Apêndice 9)***.

Os documentos encontram-se impressos em pastas identificadas na sala dos Enfermeiros do Bloco Cirúrgico e CC2, e estão disponíveis na intranet.

Na Hemodinâmica, o *checklist* utilizado será baseado nas informações a respeito do procedimento a ser realizado, confirmados na escala diária de procedimentos da Hemodinâmica (fornecida no dia anterior pela Secretaria da Hemodinâmica). O enfermeiro ou técnico de enfermagem do turno realizará a seleção do *checklist* a ser utilizado. Contamos com três modelos: ***Checklist Procedimento Seguro Hemodinâmica (paciente adulto) (Apêndice 10)***, ***Checklist Procedimentos Seguro de Eletrofisiologia (Apêndice 11)*** e ***Checklist Procedimento Seguro Hemodinâmica (paciente pediátrico) (Apêndice 12)***.

6.2 VERIFICAÇÃO/CHECAGEM DOS ITENS DA LISTA – BLOCO CIRURGICO E CC2

O *checklist* do Procedimento Seguro em sala cirúrgica é dividido em três fases: ***antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair de sala***. A realização do *checklist* cabe ao enfermeiro ou técnico de enfermagem do turno (circulante), contando com a colaboração de todos os membros da equipe cirúrgica envolvida com o procedimento em questão.

6.2.1 Antes da indução anestésica

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 10/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

Antes mesmo da chegada do paciente ao Bloco Cirúrgico, alguns itens já são verificados e checados. Na primeira parte do *checklist*, temos itens que são confirmados com o anestesista, antes da admissão do paciente em sala cirúrgica. O Enfermeiro confere com o anestesista da sala quanto a possíveis dificuldades do paciente quanto a vias aéreas e a necessidade de algum material ou equipamento específico, assim como conhecimento de alergias relatadas pelo paciente.

Também é questionado neste momento quanto à verificação/teste do carro de anestesia e certifica-se a montagem e teste dos materiais para aspiração de vias aéreas. Ainda antes da chegada do paciente, a agência transfusional já terá sido contatada, conferindo reserva adequada para o paciente, principalmente tratando-se de cirurgia com CEC.

Após o chamado do paciente, a equipe da sala, o enfermeiro, o circulante de sala e o anestesista, preparam-se para a recepção do mesmo. O enfermeiro ou o anestesista realizará a identificação do paciente, solicitando que diga seu nome completo e data de nascimento e estes serão checados com sua pulseira de identificação e documentos do prontuário, assim como procedimento cirúrgico a ser realizado. Para crianças ou pacientes com dificuldades na comunicação, o questionamento deverá ser realizado ao familiar/ ou responsável legal. Para procedimentos em que seja necessária a confirmação da lateralidade é neste momento que deverá ser questionado ao paciente/ familiar a localização.

Ainda antes da indução anestésica, é conferida a documentação que acompanha o paciente. É verificado a presença de assinaturas: do termo de consentimento para o procedimento cirúrgico, termo de consentimento para anestesia e termo de transfusão de hemoderivados. Também deverá ser conferido o *checklist* pré-operatório da unidade de origem, folha pré-operatória médica, “print” de internação do paciente e etiquetas de identificação em número suficiente para uso no Bloco. É verificado também neste momento, se existem exames de imagem a serem entregues. Na falta de qualquer destes itens, a equipe é comunicada imediatamente, para que seja tomada a medida cabível.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 11/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

6.2.2 Antes da incisão cirúrgica

Num segundo momento então, antes da incisão cirúrgica, o condutor do *checklist*, confirmará com cirurgião do caso, nome do paciente, procedimento a ser realizado e necessidade de materiais especiais, confirmando com o mesmo o plano para a cirurgia. Será confirmado com a equipe de enfermagem a presença de todo o material necessário em sala, assim como instrumental. É realizada também a verificação da presença de equipamentos específicos, como os utilizados para aquecimento do paciente, se necessários. Anestesista será questionado quanto ao antibiótico, instrumentador quanto aos indicadores da esterilização nas bandejas cirúrgicas e demais materiais, e no caso de cirurgia com CEC, o perfusionista confirma materiais, equipamentos e soluções necessárias.

6.2.3 Time Out

O *TIME OUT* é uma prática baseada em evidências que visa à prevenção de cirurgias, procedimentos e exames invasivos errados, no paciente errado e/ou no local errado. O *TIME OUT* deve ser feito na sala em que a cirurgia, procedimento ou exame invasivo será realizado, antes do seu início. Neste momento, o condutor do *checklist* (enfermeiro ou técnico circulante) confere com o médico cirurgião e com o anestesista, em voz alta, os itens de verificação:

- **Paciente certo:** checagem da identificação do paciente quanto ao nome completo e data de nascimento;
- **Procedimento certo:** checagem no prontuário do procedimento agendado;
- **Local certo:** local da cirurgia demarcado de acordo com o procedimento agendado; na Hemodinâmica, via de punção (arterial ou venosa – conforme o tipo de procedimento) e local de punção;
- **Equipamentos, materiais e medicamentos certos** em sala, conforme estabelecido pela equipe médica;

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 12/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

- **Documentação certa:** anamnese, exame físico, avaliação pré-anestésica e consentimentos preenchidos e assinados; exames complementares relevantes para o procedimento em sala.

Lembre-se:

Para assegurar o sucesso do TIME OUT, os pacientes devem ser encaminhados ao Bloco Cirúrgico / Hemodinâmica com a documentação certa preenchida previamente na unidade de internação.

6.2.4 Antes do paciente sair da sala cirúrgica

Ao final do procedimento, antes da saída de sala, é realizada a terceira etapa do *checklist* do procedimento seguro. O enfermeiro confirma com cirurgião e anestesista o procedimento que foi realizado. Confirma também, com anestesista e cirurgião cuidados específicos a serem orientados para o pós-operatório. É realizada a confirmação das contagens de materiais (instrumental, gazes) com a equipe da sala. Confirma-se quanto a amostras ou peças a serem encaminhadas, verificando a correta identificação da mesma. Confirmar condições, monitorização adequada para transporte do paciente para a unidade pós-operatória. É questionado neste momento também, com a equipe da sala, a necessidade de reparo ou substituição imediata de equipamentos. Certificar-se do adequado preenchimento de documentos relativos à cirurgia, pois vários deles acompanham o paciente para a sala de recuperação (folha de anestesia, descrição cirúrgica).

6.5.5 Final da checagem

Na conclusão da checagem, o enfermeiro ou condutor do *checklist* deverá assinar e carimbar o documento, assim como os demais membros envolvidos. Em caso de troca de plantão, permanecendo paciente em sala, o enfermeiro ou condutor do *checklist* deverá assinar e carimbar as etapas que realizou, passando para o colega do próximo turno. O documento concluído deverá sem arquivado junto ao prontuário físico do paciente.

Observações

- Qualquer irregularidade ou dúvida durante a realização do *checklist*, deverá ser comunicada a equipe, e resolvida antes de prosseguir para a próxima etapa;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 13/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

- O paciente deverá sair de sala com pulseira de identificação. Se a mesma foi retirada na chegada em sala cirúrgica, em função de particularidades do procedimento, a equipe de enfermagem solicita a confecção de nova pulseira ao setor de origem do paciente, ou setor de internação.

- Para todos os pacientes do Bloco Cirúrgico, será preenchida pelo Enfermeiro a Ficha de Transferência de Cuidado (SBAR), que será utilizada para passagem do caso para Enfermeiro do setor que receberá o paciente para recuperação.

6.3 VERIFICAÇÃO/CHECAGEM DOS ITENS DA LISTA – HEMODINÂMICA

Na Hemodinâmica, o *checklist* do Procedimento Seguro divide-se em três momentos, antes da entrada do paciente em sala, período trans procedimento e antes da retirada do paciente de sala. A realização do *checklist* cabe ao técnico de enfermagem, contando com a colaboração de todos os membros da equipe envolvida no procedimento em questão.

6.3.1 Antes do início do procedimento/ entrada do paciente em sala

Antes mesmo da chegada do paciente na Hemodinâmica, alguns itens já serão verificados e checados. A equipe de enfermagem fará a conferência dos materiais adequados para a realização dos procedimentos, bem como a validade dos mesmos. Campos e bandejas que serão utilizadas e o contraste adequado também será colocado em sala. Material para aspiração de vias aéreas será montado e testado juntamente com as válvulas de oxigênio ainda antes da chegada do paciente. Demais equipamentos de monitorização, monitor multiparamétrico (TEB) e cardioversores também serão testados antes do início do procedimento.

Após o chamado do paciente a equipe prepara-se para a recepção do mesmo. O enfermeiro ou o técnico de enfermagem (condutor do *checklist*) realizará a identificação do paciente, solicitando que diga seu nome completo e data de nascimento e estes serão checados com a sua pulseira de identificação e documentos do prontuário, assim como o procedimento a ser realizado. Para crianças ou pacientes com dificuldades na comunicação, o questionamento deverá

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 14/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

ser realizado ao familiar/ ou responsável legal. Também neste momento será conferido o período de jejum do paciente (NPO). Ainda deverá ser conferida a documentação que acompanha o paciente.

É verificada a presença: do termo de consentimento para o procedimento do procedimento assinado, termo de consentimento para anestesia assinado (quando necessário), *checklist* da unidade de origem, “print” de internação do paciente e etiquetas de identificação em número suficiente para uso na Hemodinâmica. É verificado também neste momento, se existem exames de imagem a serem entregues. Na falta de qualquer destes itens, a equipe é comunicada imediatamente, para que seja tomada a medida cabível.

6.3.2 Período trans procedimento

O técnico de enfermagem da sala confirmará com o operador a necessidade de materiais especiais (como *stent cardíaco*, balões e guias) e o plano para a realização do procedimento, assim como a presença de todos os materiais e equipamentos necessários em sala.

Em procedimentos de maior complexidade como TAVI e Endopróteses questionar o anestesista quanto à administração do antibiótico.

6.3.3 Antes da retirada do paciente de sala

Ao final do procedimento, antes da saída de sala, é realizada a terceira etapa do *checklist*. O condutor *checklist* (enfermeiro ou técnico de enfermagem) confirma com o operador o procedimento que foi realizado. Verifica o sensório do paciente, sinais de sangramento/hematoma no local da punção, sinais de reação alérgica, bacteremia/pirogenia e os pertences do paciente são adequadamente recolhidos e identificados para saída de sala. Certificar-se do adequado preenchimento de documentos relativos ao procedimento, pois vários deles acompanham o paciente para a sala de recuperação (folha de anestesia, prescrição e evolução médica).

O enfermeiro é responsável por aplicar a ficha de transferência de cuidado (SBAR) antes de encaminhar o paciente para CTI ou UPO (Apêndice 13).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 15/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

7. PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM UNIDADES INTENSIVAS E SETOR DE EMERGÊNCIA

A realização de procedimentos invasivos em unidades intensivas e emergência são comuns nestes ambientes. Frequentemente temos passagens de acessos venosos centrais, cateteres para pressão arterial invasiva, marcapasso transvenoso entre outros.

O enfermeiro do setor é responsável pela organização do procedimento, conferencia dos impressos necessários no prontuário (folha de débitos/ FUC 47 e prescrição médica), termos assinados e família comunicada.

Lembrando que o principal objetivo é garantir a correta identificação do paciente e que procedimento seja conduzido de forma segura. Cuidados importantes para procedimentos beira leito:

- Certificar-se que o paciente correto e procedimento correto;
- Proteger o paciente da dor;
- Organizar todo material e medicamento necessário para realização do procedimento;
- Usar métodos para minimizar risco de infecções (*checklist* procedimento invasivo CCIH);
- Ter capacidade para reconhecer a intercorrência e um plano ação de pronto para atender o paciente;
- Registro da realização procedimento, cuidados pré e pós-procedimento.

8. MONITORAMENTO DO INDICADOR

O mecanismo de monitoramento será feito através dos seguintes indicadores:

- Número de Notificações relacionadas às falhas durante o procedimento seguro na instituição;

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 16/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

- Conformidade do preenchimento dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido do procedimento;
- Conformidade do preenchimento dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de anestesia;
- Conformidade do preenchimento do *checklist* do procedimento;
- Conformidade na aplicação do checklist do procedimento, observação direta de 21 momentos nos procedimentos cirúrgicos;
- Número de reintervenção cirúrgica não programada no bloco cirúrgico;

Os indicadores serão enviados mensalmente no Relatório de Indicadores de Qualidade e Desfecho pelo NSP.

9. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Todos os incidentes envolvendo falhas durante os procedimentos cirúrgicos, intervencionistas e endoscópicos devem ser notificados pelos profissionais através da Ficha de Notificação de Eventos Adversos disponível na página principal da intranet. Assim como os eventos de tecnovigilância e farmacovigilância ocorridos durante a execução dos procedimentos.

10. REFERÊNCIAS

- 1 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. 2013. .
- 2 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. Protocolo para cirurgia segura. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 3 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. 2009

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 17/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

4 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211p.

11. ELABORAÇÃO/ REVISÃO/ APROVAÇÃO/ CONTROLE DE ALTERAÇÃO

Elaborador	Revisor	Aprovador
Data: 17/03/2023 Ana Lisa da Costa Leite Enfermeira Coordenadora	Data: 20/03/2023 Renata da Costa Brião Gerente de Enfermagem	Data: 20/08/2023 Luciano Ceolin Rosa Diretor Técnico
Cristina Weber Enfermeira Coordenadora	Cristine Prestes Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente	
Geicieli da Silva Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente		
Versão 1	Alteração Elaboração Protocolo	Data: 31/03/2015
2	Revisão Protocolo	01/04/2019
3	Colocado Norma Zero e transformado Protocolo de Procedimento Seguro	17/03/2024

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 18/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 1- Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Cirúrgicos



Instituto de Cardiologia
Fundação Universitária de Cardiologia
Av. Princesa Isabel 395, Bairro Santana, Porto Alegre/RS

Serviço de Cirurgia Cardiovascular

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, ou meu Representante Legal _____ pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo médico cardiologista assistente e pela equipe cirúrgica do IC/FUC, sobre o procedimento cirúrgico a que vou me submeter, bem como sobre diagnóstico, prognóstico, riscos (inerentes ao procedimento cirúrgico) complicações e objetivos do tratamento que me foi proposto. Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações, pré e pós-operatórios, que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado.

Estou ciente de que em consequência deste procedimento, o qual é necessário para manutenção da vida de paciente com a patologia da qual estou acometida poderá ser necessária a realização de intervenção obstétrica, diante do quadro gestacional que a paciente, ora apresenta.

Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento cirúrgico, sendo que deverei retornar ao consultório/ambulatório nos dias determinados pelos médicos, bem como informá-los imediatamente/comparecendo na emergência (que funciona 24 horas) sobre possíveis alterações e problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente, também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento/tratamento que me foi proposto.

Local e data,

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal):

Documento de Identidade nº:

Testemunha:

RG nº

Médico/CRM:

Testemunha:

RG nº

Médico/CRM:

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 19/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 2- Termos de Esclarecimento, Livre e Esclarecido Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista Paciente Adulto



Instituto de Cardiologia
Fundação Universitária de Cardiologia
Av. Princesa Isabel 395, Bairro Santana, Porto
Alegre/RS

Etiqueta do paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA PACIENTE ADULTO

Eu, _____ (Nome completo), RG nº _____

ou meu Representante Legal _____

(Nome completo), RG nº _____ pelo presente instrumento, que tem como base o artigo 59 do Código de Ética Médico e os artigos 6º, III e 39, VI da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pela equipe de Hemodinâmica do IC/FUC, sobre o(s) procedimento(s) a que vou me submeter, bem como sobre diagnóstico, prognóstico, riscos, complicações e objetivos do tratamento relativos ao meu estado de saúde, inclusive sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Fui esclarecido (a) que o exame é realizado na sala da hemodinâmica, que tem por finalidade a visualização dos vasos sanguíneos do coração, com o uso de contraste que aparece na filmagem com raio-x. O contraste é constituído por substâncias à base de iodo. Fui esclarecido(a) que o cateterismo cardíaco consiste na introdução de tubos plásticos finos (cateteres) especiais nas artérias e/ou veias dos braços e pernas (virilha), após anestesia local, chegando eles até o coração. Pode, também, ser realizado para o tratamento e a desobstrução das coronárias, através de um cateter balão (angioplastia) ou por meio do implante de uma pequena prótese (implante de "stent").

Fui esclarecido(a) que apesar de pouco freqüentes, outras complicações podem ocorrer como: sangramentos onde foi colocado o cateter, acumulando sangue embaixo da pele (hematoma), infecções, outros problemas cardiovasculares, renais e respiratórios, infarto do miocárdio, arritmias graves, acidente vascular cerebral (derrame cerebral), complicações vasculares e até morte. Estou ciente de que algumas medicações podem ser irritantes para as veias e podem extravasar causando danos na pele, apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos em sua aplicação. Estou ciente que durante a injeção do contraste poderá ocorrer uma sensação de calor, náusea ou vômito e que alguns pacientes podem ter reações alérgicas, incluindo coceira, e/ou urticária, inchaço nos olhos ou lábios, espirros, ou, raramente, dificuldade para respirar.

Declaro também estar ciente de que, o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) adotados não implicam em cura e que a evolução da doença e do tratamento a ser adotado podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso fica o (a) mesmo(a) autorizado(a)

Rubrica do paciente/ responsável _____

Rubrica do médico _____

Página 1 de 2.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 20/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026



Instituto de Cardiologia
Fundação Universitária de Cardiologia
Av. Princesa Isabel 395, Bairro Santana, Porto Alegre/RS

Etiqueta do paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
SERVIÇO DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA PACIENTE ADULTO

desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excetuando-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com o acontecimento. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura. Ainda fui informado(a) de todos os cuidados e orientações, pré e pós procedimento(s), que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao *procedimento*, sendo que deverei retornar ao consultório/ambulatório nos dias determinados pelos médicos, bem como informá-los imediatamente/comparecendo na emergência (que funciona 24 horas) sobre possíveis alterações e problemas que porventura possam surgir. E, assim, pelo presente, consinto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento/tratamento que me foi proposto, ao(s) médico(s) responsável(is) permitindo que utilize(m) seu(s) julgamento(s) técnico(s) para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) procedimento(s).

Declaro, por fim e igualmente estar ciente de que no cenário atual da pandemia com transmissão comunitária, todo paciente está sujeito a algum risco de exposição a COVID-19, seja na comunidade ou na instituição que esta internando.

Porto Alegre _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente (ou representante legal)

Assinatura do Médico hemodinamicista e carimbo com nº CREMERS

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 21/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 3- Termos de Esclarecimento, Livre e Esclarecido para Estudo Eletrofisiológico e para Tratamento das Arritmias Cardíacas por Ablação com Radiofrequência



Informações Gerais

Os distúrbios de ritmo cardíaco são devido a uma rede de fibras de condução da atividade elétrica do coração. A maioria dos pacientes com arritmias cardíacas apresentam episódios de palpitações recidivantes, sentindo o coração bater rapidamente no peito ou no pescoço. A arritmia pode causar desconforto, fadiga, tonturas, dor torácica e, em certos casos, pode ocasionar sintomas sérios como perda de consciência e até mesmo levar a morte. As arritmias cardíacas podem estar presentes em indivíduos com coração estruturalmente normal ou em pacientes com história pregressa de doença cardíaca.

Existem diversas opções de tratamento para arritmias cardíacas tais como os medicamentos antiarrítmicos, tratamento cirúrgico e a ablação por cateter.

No seu caso foi recomendado um tratamento por ablação por cateter. O procedimento é feito com anestesia local, mas você receberá medicamentos intravenosos (por uma de suas veias) para ficar mais confortável (sedação) ou para dormir (anestesia) caso seja necessário. Durante o procedimento, o médico irá introduzir vários (1 a 5) pequenos tubos de plástico (cateteres) através de veias ou artérias periféricas, mais frequentemente na região ao nível da região inguinal (virilha). Estes cateteres serão posicionados no interior de diferentes cavidades cardíacas com ajuda de raio X afim de efetuar um estudo eletrofisiológico ou uma ablação. O estudo eletrofisiológico consiste do registro da atividade elétrica do coração (pelos cateteres intracardíacos). Estimulações elétricas serão administradas a fim de provocar a sua arritmia e para determinar o seu local de origem, ou para interrompe-la.

Nos casos de ablação por cateter, quando o local de origem de uma arritmia é determinado, um cateter será colocado em contato direto com o tecido responsável pela arritmia. Uma corrente elétrica (radiofrequência) será transmitida por este cateter até ocorrer uma elevação da temperatura na ponta do cateter, ocasionando um pequeno ferimento ou lesão causada pelo calor (alguns milímetros) no tecido responsável pela arritmia.

A taxa de sucesso da ablação por radiofrequência varia de acordo com o tipo de arritmia. A maioria dos pacientes tratados com ablação sofrem de taquicardia supraventricular e a taxa de sucesso, nestes casos, varia de 90 a 95%. Outros pacientes têm arritmia com origem em um tecido atrial anormal (taquicardia atrial ou flutter atrial). Nestes casos a taxa de sucesso da ablação varia de 60 a 80%. As arritmias ventriculares são tratadas menos frequentemente com ablação por radiofrequência e a taxa de sucesso é de aproximadamente 50 a 80%.

No caso de uma outra arritmia (fibrilação atrial) a destruição da via natural da condução (nó atrioventricular) pode ser a forma de tratamento escolhido para o controle da frequência cardíaca. Neste caso um marcapasso deverá ser implantado após o procedimento.

Riscos e Inconvenientes: O estudo eletrofisiológico comporta os riscos inerentes ao procedimento de cateterismo, infecção, formação de coágulos, hemorragia local e dano vascular. Estes são minimizados pelos métodos de antisepse e administração de heparina que diminui o poder de coagulação do sangue. A utilização de raios X varia em função do tempo necessário para localizar o sítio de origem da arritmia. Sabe-se de um pequeno risco associado à irradiação que é potencialmente indutora de câncer. Contudo, em regra, apresenta-se de tamanha insignificância que é negligenciável pela própria incidência natural do câncer. A ablação também tem um pequeno risco (<1%) de perfuração cardíaca ou de acidente cerebrovascular. Já que as fibras destruídas podem estar localizadas perto das fibras de condução normal do coração existe um pequeno risco (1% a 2%) de que estas fibras normais possam ser destruídas e que um implante de marcapasso permanente seja necessário. Consentimento

Eu, _____ (Nome completo), RG nº _____ ou meu
 Representante Legal _____ (Nome completo), RG nº _____
 _____ pelo presente instrumento que tem como base o artigo 22 do Código de Ética Médica e
 os artigos 6º, III e 39, VI da Lei No 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), declaro de livre e espontânea vontade

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 22/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

que, após ter sido exaustivamente dirimidas todas as minhas dúvidas, de modo satisfatório, inclusive quanto aos riscos e inconvenientes do procedimento, autorizo a realização do Estudo Eletrofisiológico e de ser tratado(a) pela técnica de Ablação por Cateter com radiofrequência.

Declaro ainda estar ciente de que no cenário atual da pandemia com transmissão comunitária, todo paciente está sujeito a algum risco de exposição a COVID-19, seja na comunidade ou na instituição que esta internando.

Porto Alegre _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente ou representante legal

Assinatura do Médico e carimbo com CREMERS.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 23/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 4- Termo para Transfusão de Hemocomponentes



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

O(A) _____, RG nº _____, CPF _____, na qualidade de _____ () Paciente, () Responsável legal do paciente (grau de parentesco) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/1990 e da plena autorização ao(a) médico(a), o Dr.(a) _____, CRM/RS sob o nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **TRANSFUSÃO DE SANGUE (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitado)**, e todos que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no artigo 22 do Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: Esta terapia é realizada com o objetivo de reposicionar os maiores constituintes do sangue com a finalidade de aumentar a capacidade do sangue de transportar oxigênio, para restaurar o volume sanguíneo do organismo, para melhorar a imunidade ou para corrigir distúrbios da coagulação.

Reações adversas:

1-Hematomas ou Ecchymoses (manchas roxas) no local da punção; 2- Dor no local da punção; 3- Quando utilizado cateter central os efeitos adversos que poderão ocorrer (incluem trombose, contaminação bacteriana, formação de fistulas arteriovenosas); 4-Hipocalcemia, induzida pela solução anticoagulante utilizada: paresiase perioral, e/ou extremidades, calafrios, tremores, dispneia, Tonturas, desmaios, hipotensão, bradicardia, náuseas e sudorese geralmente por estímulo do sistema nervoso autônomo; 5- Aritmia cardíaca, tetania, sinais de Chvostek e Troussseau ;

Reações Transfusoriais:

1-Reação febril não hemolítica, 2-reação por contaminação bacteriana, 3-Transmissão de doença infeciosa, 4-Reação hemolítica aguda imunológica, 5-Lésão pulmonar aguda relacionada à transfusão, 6-Reação hipotensiva relacionada à transfusão, 7-Sobrecarga circulatória associada à transfusão, 8-Doença do enxerto contra o hospedeiro pós transfusional, 9-Reação hemolítica tardia, 10-Alo imunização, 11-Púrpura pós transfusional, 12-Dor aguda relacionada à transfusão, 13-Hemossiderose com comprometimento de órgãos, 14-Distúrbios metabólicos, 15-Reação alérgica.

Estou ciente de que o material utilizado é estéril e epirogênico e que os Hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA, mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão.

Estou de acordo caso necessite ou tenha alguma intervenção para o tratamento diante de uma reação adversa ou reação transfusional.

Ainda que a Hemotransfusão seja realizada dentro das normas preconizadas, indicada e administrada corretamente, a transfusão de sangue envolve risco sanitário, denominado reações transfusoriais, classificadas em imediatas, que ocorrem nas primeiras 24 horas, e em tardias, que ocorrem após 24 horas do início da transfusão.

O HemoVita POA me informou que cumpre com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, conforme regulamento de procedimentos hemoterápicos vigentes, acompanhando todos os momentos do ato transfusional, considerando a prevenção, identificação precoce e intervenção em caso de reações transfusoriais.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei

submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendo e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes.

Declaro ainda, estar ciente de que o Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia está comprometido com a proteção de dados e informações pessoais que são compartilhados pelos usuários. Esta política define como os dados são protegidos nos processos de coleta, registro, armazenamento, uso, compartilhamento e eliminação, conforme a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Assim, tendo conhecimento, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas:

NÃO AUTORIZO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão;

AUTORIZO a realização da **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da assinatura deste Termo de Consentimento, o presente termo perderá sua validade, sendo necessário a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante do procedimento, o paciente/responsável legal pode revogar esse consentimento a qualquer momento, antes de iniciar o procedimento, de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assine o presente termo, recebendo cópia.

Porto Alegre, de _____ de 20 ____.

Deve ser preenchido pelo médico(a)

Expliquei todo o procedimento/tratamento de **TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES** a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável legal, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável legal, está em plenas condições de compreender e concordar com o que lhes foi informado.

Médico(a) _____ CRM _____

Assinatura _____

Paciente/Responsável Legal:

RG:

Assinatura

(Via Empresa)

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 24/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 5 - Termos de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ANESTESIA



Eu, abaixo identificado, declaro que fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido e complementei as informações solicitadas pelo meu médico anestesiologista. Procedimento proposto: _____, pelo Dr. _____

_____ no dia: _____. Estou ciente que a técnica anestésica pode ser modificada por variáveis que meu anestesiologista pensar serem relevantes no momento do procedimento.

Autorizo o médico abaixo identificado, ou outro anestesiologista da mesma equipe, a realizar o ato anestésico adequado ao procedimento que serei submetido(a).

Declaro ainda que:

- 1) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) propostos(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão escolhidos pelo médico anestesiologista. A técnica anestésica a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais foram a mim explicadas claramente. As dúvidas que possua foram esclarecidas satisfatoriamente.
- 2) Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para o melhor resultado possível.
- 3) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- 4) Declaro que informei ao médico anestesiologista todas as doenças, medicações que uso, complicações de anestesias prévias e reações alérgicas que tive decorrente de medicamentos por mim utilizados anteriormente ao procedimento a que serei submetido.
- 5) Declaro ainda que fui informado(a) que o tabagismo, o álcool, o uso de drogas entorpecentes, anfetaminas, inibidores do apetite, entre outros são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento que serei submetido, e cujas complicações e intercorrências que poderão ocorrer foram a mim esclarecidas.
- 6) Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que foi esclarecido a mim e que foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____. Hora: _____:

Nome Completo (paciente ou responsável): _____

CPF: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Assinatura (paciente ou responsável): _____

Expliquei todo o procedimento anestésico ao paciente e/ou responsável acima identificado, tratando sobre os benefícios, riscos e complicações do mesmo, tendo respondido as perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s) de forma esclarecedora. Conforme meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico _____ Ass. _____ CREMERS _____

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 25/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 6- Ficha de Transferência do Cuidado: Bloco Cirúrgico

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
Pontifícia Universidade de Cardiologia

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DO PACIENTE - BLOCO CIRÚRGICO

DESTINO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CRM
Partos

TROCA VALVAR
Qual?

MARCAPASSO CDI OUTRA _____

ETIQUETA DO PACIENTE

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE (BRANCA) N S NA

PULSEIRA DE ALÉRGIA (VERMELHA) N S NA

PULSEIRA IDENTIFICADORA DE RISCO DE QUESA POSITIVO (AMARELA) N S NA

PULSEIRA IDENTIFICADORA DE RISCO DE LPP (VERDE) N S NA

PULSEIRA IDENTIFICADORA DE RISCO DE BRONCOSPIRAÇÃO (AZUL) N S NA

ALÉRGIAS N S

DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA N S

ISOLAMENTO N S

OBSESSÕES

USO DE DROGAS VASOATIVAS N S

NORADRENALINA
 NTG
 NPS
 OUTRA _____
DEVIDAMENTE IDENTIFICADAS
 SIM
 NÃO

SEDAÇÃO N S

FENTANIL
 MIDAZOLAM
 OUTRA _____

VENTILAÇÃO N S

AR AMBIENTE
 ÓCULOS/CATETER NASAL
 MÁSCARA DE HODSON/VENTURI
 VENTILAÇÃO MECÂNICA

INTUBAÇÃO DIFÍCIL N S

DISPOSITIVOS

VESÍCULA DE DEMORA
 SNG
 SNC
 NÃO SE APLICA

FIO DE MARCAPASSO
 MARCAPASSO TRANSVENOSO
 MARCAPASSO TRANSETÁNO
 OUTROS

CATETER CENTRAL
 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
 CATETER DE SHILLEY
 CATETER DE SWAN GANZ
 OUTROS
 NÃO SE APLICA

DRENOS

NEIDISTÔMICO E PLEURAL
 PORTEXAC
 PENROSE
 OUTRO _____

OBSESSÕES

ASS / CARIMBO PROFISSIONAL DE ORIGEM

ASS / CARIMBO PROFISSIONAL DE DESTINO

DATA

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 26/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 7- Anamnese de enfermagem – Laboratório de Hemodinâmica

 <p>INSTITUTO DE CARDIOLOGIA FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA ANAMNESE DE ENFERMAGEM - LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA</p>	DATA: ____/____/20____		
ETIQUETA	<input type="checkbox"/> CATETERISMO <input type="checkbox"/> ANGIOPLASTIA <input type="checkbox"/> EEF/ ABLAÇÃO <input type="checkbox"/> _____	HORÁRIO DE INÍCIO DO NPO: _____	
Paciente proveniente de outra instituição hospitalar? SIM () Qual? _____ NÃO ()			
Questionar o paciente sobre a presença de algum dos seguintes sinais/ sintomas: (se sim, questionar data) () Febre - ____/____ () Dor no corpo- ____/____ () Tosse - ____/____ () Perda de olfato- ____/____ () Dor de garganta- ____/____ () Falta de ar- ____/____ () Coriza- ____/____ () Contato domiciliar com pessoa infectada por Coronavírus (COVID 19) - ____/____			
HISTÓRIA PRÉVIA			
CAT? () sim () não ACTP? () sim () não CRM? () sim () não Próteses valvares? () sim () não TESTE DE ALLEN (+) (-)		ALERGIA* () sim QUAL? _____ () não SE SIM, RECEBEU PREPARO ANTIALÉRGICO? () sim QUAL? _____ () não <i>*caso o paciente relate presença de alergias, comunicar o médico operador!</i>	
MEDICAÇÕES EM USO (descrever): _____ _____			
ANTICOAGULANTE () marevan () marcoumar () warfarina () xarelto () enoxaparina () não usa Data da última dose: ____/____/____ Horário da última dose: ____:____			
HIPOGLICEMIANTES – QUAL (IS): Data da última dose: ____/____/____ Horário da última dose: ____:____			
AAS () sim () não Data da última dose: ____/____/____ Horário da última dose: ____:____ Clopidogrel () sim () não Data da última dose: ____/____/____ Horário da última dose: ____:____		COMORBIDADES: DM () sim () não Hepatite – tipo _____ () sim () não HAS () sim () não HIV () sim () não Tabagista () sim () ex- tabagista () nunca fumou Fístula MSD () MSE () () sim () não Diálise () sim () não Doença de Chagas () sim () não IRC () sim () não DsTs () sim () não Dislipidemia () sim () não	
TEC ENF.: _____ ENF (RP): _____			

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.NQS.004 - Página 27/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO		Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026



PRÉ-PROCEDIMENTO :

PA:_____ FC:_____ Sat O₂:_____ TAx.:_____ HGT (SN):_____ PESO:_____ ALTURA:_____

Nível de consciência:	P脉os pediosos (D e E):	P脉os Radiais (D e E):	Locomoção:
()Lúcido	() Presentes	() Presentes	() Normal
()Orientado	() Ausentes	() Ausentes	() Deficiência motora
()Desorientado	() Débeis	() Débeis	() Outra: _____
()_____	() Diminuídos à _____	() Diminuídos à _____	

*CASO O PACIENTE APRESENTE COMPLICAÇÕES E/OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA, COMUNICAR O MÉDICO OPERADOR.

TEC ENF.:_____

ENF (RP):_____

PÓS-PROCEDIMENTO: **HORÁRIO:**_____

PA:_____ FC:_____ TAx.:_____ **VIA DE PUNÇÃO** - () rad D / rad E; () fem D / fem E

Sangramento ()sim ()não	Nível de consciência:	P脉os pediosos (D e E):	P脉os Radiais (D e E):
	()Lúcido	() Presentes	() Presentes
Hematoma ()sim ()<10cm ()não	()Orientado	() Ausentes	() Ausentes
	()Desorientado	() Débeis	() Débeis
Diurese + ()sim ()não	()_____	() Diminuídos à _____	() Diminuídos à _____

*CASO O PACIENTE APRESENTE COMPLICAÇÕES E/OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA, COMUNICAR O MÉDICO OPERADOR.

TEC ENF.:_____

ENF (RP):_____

PÓS-PROCEDIMENTO: **(2^ª avaliação – SN)** **HORÁRIO:**_____

PA:_____ FC:_____ TAx.:_____

Sangramento ()sim ()não	Nível de consciência:	P脉os pediosos (D e E):	P脉os Radiais (D e E):
	()Lúcido	() Presentes	() Presentes
Hematoma ()sim ()<10cm	()Orientado	() Ausentes	() Ausentes
()>10cm ()não	()Desorientado	() Débeis	() Débeis
Diurese + ()sim ()não	()_____	() Diminuídos à _____	() Diminuídos à _____

*CASO O PACIENTE APRESENTE COMPLICAÇÕES E/OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA, COMUNICAR O MÉDICO OPERADOR.

TEC ENF.:_____

ENF (RP):_____

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.NQS.004 - Página 28/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO		Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

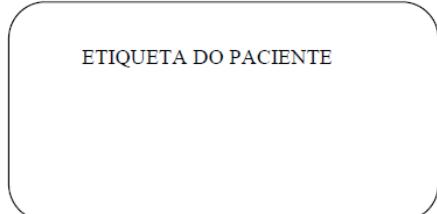
APÊNDICE 8 - Checklist de Cirurgia Segura (Com CEC)



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA/IC-FUC

PROCEDIMENTO _____
 SALA _____ DATA _____ / _____ / _____ HORA _____
 CIRURGIÃO _____
 ANESTESISTA _____
 INSTRUMENTADOR _____
 CIRCULANTE _____
 PERFUSIONISTA _____

ETIQUETA DO PACIENTE



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
<p>Confirmar com o paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Etiqueta de identificação <p>Conferir documentação e exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consentimento cirurgia assinado <input type="checkbox"/> Consentimento anestesia assinado <input type="checkbox"/> Avaliação pré-operatória médica <input type="checkbox"/> Folha conferência pré-op. enfermagem <input type="checkbox"/> Print internação/etiquetas <input type="checkbox"/> RX e/ou tomografia <p>Conferir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergia conhecida (sim/não) <input type="checkbox"/> Via aérea difícil (sim/não) <input type="checkbox"/> Materiais adequados p/ intubação <input type="checkbox"/> Banco de sangue ciente <input type="checkbox"/> Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Carro anestesia verificado <input type="checkbox"/> Aspiração montada, testada <p>Responsável pela realização do checklist:</p> <hr/>	<p>Confirmar c/ equipes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome do paciente <input type="checkbox"/> Procedimento/Sítio cirúrgico <p>Confirmar c/ cirurgião:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Materiais específicos a serem utilizados (OPME) <input type="checkbox"/> Equipamentos <input type="checkbox"/> Posicionamento/uso de coxins <p>Confirmar c/ anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antimicrobiano profilático aplicado (sim/não se aplica) <p>Revisão enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instrumentais necessários em sala <input type="checkbox"/> Enxertos solicitados em sala (toda numeração) <input type="checkbox"/> Esterilização /indicadores presentes <input type="checkbox"/> Manta térmica, colchão térmico disponíveis <p>Perfusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipamentos <input type="checkbox"/> Materiais <input type="checkbox"/> Soluções <p>Responsável pela realização do checklist:</p> <hr/>	<p>Confirmar c/ cirurgião:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedimento realizado <input type="checkbox"/> Descrição cirúrgica realizada <p>Confirmar c/ equipe de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contagens de instrumentais /gases <input type="checkbox"/> Paciente identificado (pulseira) <input type="checkbox"/> Débitos em folha <input type="checkbox"/> Amostras p/ exames encaminhadas <input type="checkbox"/> Documentos e relatórios encaminhados corretamente <p>Conferir c/ equipes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorização adequada p/ transporte <input type="checkbox"/> Cuidados específicos em relação ao pós-operatório <input type="checkbox"/> Equipamentos e/ou materiais a serem revisados antes do próximo uso da sala <p>Intercorrências/observações _____ _____</p> <p>Responsável pela realização do checklist:</p> <hr/>

Anestesista _____

Cirurgião _____

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 29/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 9 - Checklist de Cirurgia Segura (Sem CEC)



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA/IC-FUC

PROCEDIMENTO _____	SALA _____	DATA _____ / _____ / _____	HORA _____
CIRURGIÃO _____	ANESTESISTA _____	INSTRUMENTADOR _____	CIRCULANTE _____

ETIQUETA DO PACIENTE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
<p>Confirmar com o paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico / lateralidade <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Pulseira de identificação <p>Conferir documentação e exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consentimento cirurgia assinado <input type="checkbox"/> Consentimento anestesia assinado <input type="checkbox"/> Folha conferência pré-op. enfermagem <input type="checkbox"/> Print internação/etiquetas <p>Conferir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergia conhecida (sim/não) <input type="checkbox"/> Materiais adequados p/ intubação <input type="checkbox"/> Banco de sangue ciente <input type="checkbox"/> Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Carro anestesia verificado <input type="checkbox"/> Aspiração montada, testada <p>Responsável pela realização do checklist: _____</p>	<p>Confirmar c/ equipes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome do paciente <input type="checkbox"/> Procedimento/Sítio cirúrgico/lateralidade <p>Confirmar c/ cirurgião:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Materiais específicos a serem utilizados (OPME) <input type="checkbox"/> Equipamentos <input type="checkbox"/> Posicionamento/uso de coxins <p>Confirmar c/ anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antimicrobiano profilático aplicado (sim/não se aplica) <p>Revisão enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instrumentais necessários em sala <input type="checkbox"/> Enxertos solicitados em sala <input type="checkbox"/> Esterilização /indicadores presentes <input type="checkbox"/> Manta térmica, colchão térmico disponíveis <p>Responsável pela realização do checklist: _____</p>	<p>Confirmar c/ cirurgião:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedimento realizado <input type="checkbox"/> Descrição cirúrgica realizada <p>Confirmar c/ equipe de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contagens de instrumentais <input type="checkbox"/> Paciente identificado (pulseira) <input type="checkbox"/> Débitos em folha <input type="checkbox"/> Amostras p/ exames encaminhadas <input type="checkbox"/> Documentos e relatórios encaminhados <p>Conferir c/ equipes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Condições adequadas p/ transporte <input type="checkbox"/> Cuidados específicos em relação ao pós-operatório <input type="checkbox"/> Equipamentos e/ou materiais a serem revisados antes do próximo uso da sala <p>Intercorrências/observações: _____</p> <p>Responsável pela realização do checklist: _____</p>

Anestesista: _____

Cirurgião: _____

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

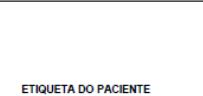
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 30/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 10- *Checklist* procedimento seguro - Hemodinâmica (Paciente adulto)



DATA:

CHECK LIST ADULTO HD



ANTES DE ENTRAR EM SALA	ANGIOPLASTIA	ANTES DE SAIR DE SALA
CONFIRMAR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Data de nascimento <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Leito recuperação (HD, CTI, UPO) <input type="checkbox"/> TCLE assinado <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Alergia conhecida <input type="checkbox"/> Precaução de contato <input type="checkbox"/> Doença infecto contagiosa 	CONFERIR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tamanho do stent <input type="checkbox"/> Validade do stent <input type="checkbox"/> Nomenclatura da guia <input type="checkbox"/> Validade da guia <input type="checkbox"/> Nomenclatura do balão <input type="checkbox"/> Validade do balão 	CONFERIR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Débito assinado <input type="checkbox"/> TCLE assinado pelo médico <p>Sensório do paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sinais de sangramento/ hematoma em local de punção <input type="checkbox"/> Sinais de reação alérgica <input type="checkbox"/> Bacteremia/ pirogenia <input type="checkbox"/> Pertences do paciente
ANTES DE INICIAR O PROCEDIMENTO	OUTROS PROCEDIMENTOS:	OBSERVAÇÕES: _____
CONFERIR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Materiais adequados <input type="checkbox"/> Validade dos materiais <input type="checkbox"/> Esterilização bandeja de campos <input type="checkbox"/> Tipo de contraste <input type="checkbox"/> Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Válvulas de O2 montadas e testadas <input type="checkbox"/> Aspiração montada e testada <input type="checkbox"/> TEB e impressora testados <input type="checkbox"/> Cardioversor testado 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FFR <input type="checkbox"/> IVUS <input type="checkbox"/> SWAN-GANZ <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> Aterectomia Rotacional <input type="checkbox"/> Biópsia CONFERIR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Montagem <input type="checkbox"/> Revisar a validade dos materiais 	OBSERVAÇÕES: _____
OBSERVAÇÕES: _____	OBSERVAÇÕES: _____	OBSERVAÇÕES: _____
Téc. Enf. Responsável: (carimbo)	Téc. Enf. Responsável: (carimbo)	Téc. Enf. Responsável: (carimbo)

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 31/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 11- *Checklist* procedimento seguro – Eletrofisiologia



DATA:

CHECK LIST ADULTO EEF HD

ETIQUETA DO PACIENTE

ANTES DE ENTRAR EM SALA	ANESTESIA	ANTES DE SAIR DE SALA
CONFIRMAR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Data de nascimento <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Leito recuperação (HD, CTI, UPO, UTIP) <input type="checkbox"/> TCLE assinado <input type="checkbox"/> TCLE da anestesia assinado <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Alergia conhecida <input type="checkbox"/> Precaução de contato <input type="checkbox"/> Doença infecto contagiosa 	CONFERIR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Materiais adequados para intubação <input type="checkbox"/> Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Carro de anestesia completo próprio para a idade <input type="checkbox"/> Válvulas redutoras de O2 e ar comprimido testadas <input type="checkbox"/> Aspiração montada e testada <input type="checkbox"/> Material de punção periférica <input type="checkbox"/> Cardioversor com pás próprias para a idade <input type="checkbox"/> Manta térmica quando necessário 	CONFERIR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Débito assinado <input type="checkbox"/> TCLE assinado pelo médico <input type="checkbox"/> Sensório do paciente <input type="checkbox"/> Sinais de sangramento/ hematoma em local de punção <input type="checkbox"/> Sinais de reação alérgica <input type="checkbox"/> Bacteremia/ pirogenia <input type="checkbox"/> Pertences do paciente
ANTES DE INICIAR O PROCEDIMENTO		
CONFERIR: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Materiais adequados <input type="checkbox"/> Validade dos materiais <input type="checkbox"/> Esterilização bandeja de campos <input type="checkbox"/> Tipo de contraste <input type="checkbox"/> Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Válvulas de O2 montadas e testadas <input type="checkbox"/> Aspiração montada e testada <input type="checkbox"/> Cardioversor testado <input type="checkbox"/> Prótese dentária retirada 		
OBSERVAÇÕES: _____		
OBSERVAÇÕES: _____		
Téc. Enf. Responsável: _____ (carimbo)	Téc. Enf. Responsável: _____ (carimbo)	OBSERVAÇÕES: _____
Téc. Enf. Responsável: _____ (carimbo)		

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 32/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 12- Checklist procedimento seguro - Hemodinâmica Pediatria



CHECK LIST PEDIATRIA HD

ETIQUETA DO PACIENTE

DATA:		
ANTES DE ENTRAR EM SALA	MATERIAIS ESPECÍFICOS	ANTES DE SAIR DE SALA
CONFIRMAR: <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Data de nascimento <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Leito recuperação <input type="checkbox"/> TCLE assinado <input type="checkbox"/> Consentimento da anestesia assinado <input type="checkbox"/> Prontuário <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Pré-anestésico <input type="checkbox"/> Alergia conhecida <input type="checkbox"/> Precaução de contato <input type="checkbox"/> Doença infecto contagiosa	CONFERIR: <input type="checkbox"/> Catéteres e bainhas <input type="checkbox"/> Próteses <input type="checkbox"/> CO2 montado e testado <input type="checkbox"/> Óxido Nítrico montado e testado <input type="checkbox"/> Ecotransesofágico <input type="checkbox"/> Braços posicionados adequadamente (com ataduras SN) <input type="checkbox"/> Oximetria - seringas 1ml + tampinhas brancas <input type="checkbox"/> Copo 1,99 <input type="checkbox"/> Agulhas de punção adequada <input type="checkbox"/> Contraste não iônico <input type="checkbox"/> Extensão para seringa injetora	CONFERIR: <input type="checkbox"/> Monitorização adequada para transporte <input type="checkbox"/> Maca montada com suporte para soro + O2 <input type="checkbox"/> Amostras para exames encaminhadas <input type="checkbox"/> Justificativas <input type="checkbox"/> Folha de anestesia com paciente <input type="checkbox"/> Prescrição com paciente <input type="checkbox"/> Elevador reservado <input type="checkbox"/> Débito assinado pelo hemodinamista e anestesista <input type="checkbox"/> TCLE assinado pelo médico
ANTES DE INICIAR O PROCEDIMENTO		
CONFERIR: <input type="checkbox"/> Materiais adequados para entubação <input type="checkbox"/> Monitorização adequada <input type="checkbox"/> Carro de anestesia completo próprio para a idade <input type="checkbox"/> Válvulas de O2 e ar comprimido montadas e testadas <input type="checkbox"/> Aspiração montada e testada <input type="checkbox"/> Material de punção periférica <input type="checkbox"/> TEB e impressora testados <input type="checkbox"/> Cardioversor com pás próprias para a idade <input type="checkbox"/> Manta térmica testada		
OBSERVAÇÕES: _____	OBSERVAÇÕES: _____	OBSERVAÇÕES: _____
Téc. Enf. Responsável: _____ (carimbo)	Téc. Enf. Responsável: _____ (carimbo)	Téc. Enf. Responsável: _____ (carimbo)

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.NQS.004 - Página 33/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO		Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026

APÊNDICE 13 – Ficha de transferência de cuidado do paciente



FICHA DE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DO PACIENTE

DATA	HORA DE SAÍDA DO PACIENTE DA UNIDADE
SETOR / LEITO DE ORIGEM	
SETOR / LEITO DE DESTINO	
ETIQUETA	

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	
S SITUAÇÃO	<p>SUPORTE DE O2 <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S QUAL? _____ <input type="radio"/> CONFORME <input type="radio"/> NC</p> <p>ACESSO VEN. PERIFÉRICO / ACESSO VEN. CENTRAL <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S DATA / LOCAL _____ <input type="radio"/> CONFORME <input type="radio"/> NC</p> <p>INFUSÃO DE MEDICAMENTOS ON OS <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S QUAI/S? _____ <input type="radio"/> CONFORME <input type="radio"/> NC</p> <p>SONDAS, DRENOS, BIAO, ETC. <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S QUAI/S? _____ <input type="radio"/> CONFORME <input type="radio"/> NC</p> <p>CURATIVOS <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S DATA / LOCAL _____ <input type="radio"/> CONFORME <input type="radio"/> NC</p> <p>PRECAUÇÃO/ ISOLAMENTO <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S QUAI/S? _____ <input type="radio"/> CONFORME <input type="radio"/> NC</p>

B BREVE HISTÓRICO	<p>ANTECEDENTES <input type="radio"/> HIGIDO <input type="radio"/> HAS <input type="radio"/> DM <input type="radio"/> DPDC <input type="radio"/> ACFA <input type="radio"/> ICC <input type="radio"/> OUTRAS _____</p> <p>ALERGIAS <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S QUAI/S? _____</p> <p>INTERCORRÊNCIAS <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S QUAI/S? _____</p> <p>EXAMES <input type="radio"/> NENHUM <input type="radio"/> LAB <input type="radio"/> ECG <input type="radio"/> TOMOGRAFIA <input type="radio"/> RAIO-X <input type="radio"/> CATETERISMO <input type="radio"/> OUTROS _____</p> <p>_____ <input type="radio"/> QUAL _____</p> <p>PACIENTES POSSUI PERTENÇES GUARDADOS NO COFRE DA SEGURANÇA? <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S</p>
-----------------------------	--

A AVALIAÇÃO	<p>SINAIS VITAIS (hora da saída da unidade)</p> <p>PA: _____ FC: _____ SAT: _____ TAX: _____</p> <p>ESCALAS DOR: _____ GLASGOW: _____ SENSÓRIO: _____</p> <p>RISCOS <input type="radio"/> ALERGIA <input type="radio"/> QUEDA <input type="radio"/> LPP <input type="radio"/> BRONCOASPIRAÇÃO <input type="radio"/> OUTROS _____</p> <p>PULSEIRA <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S _____</p> <p>SANGRAMENTOS <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S LOCAL: _____</p>
-----------------------	---

R RECOMENDAÇÕES	<p>PENDÊNCIAS _____</p> <p>EXAMES _____</p> <p>OUTRAS _____</p>
---------------------------	---

ASS / CARIMBO PROFISSIONAL DE ORIGEM	HORA DA CHEGADA
ASS / CARIMBO PROFISSIONAL DE DESTINO	

ACOMPANHA MEDICAÇÕES DA PRESCRIÇÃO MÉDICA N S CONFORME NC

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.NQS.004 - Página 34/34	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO	Emissão: 17/03/2024	Próxima Revisão: 17/03/2026



FICHA DE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DO PACIENTE HEMODINÂMICA

DATA:	HORA DA SAÍDA DE SALA :	HORA DA SAÍDA DA HEMODINÂMICA:
PROCEDIMENTO REALIZADO:		

SINAIS VITAIS :

PA: _____ FC: _____ SAT: _____

INTERCORRÊNCIAS: NÃO SIM qual? _____

TÉRMINO DO REPOUSO: _____

TÉRMINO DO CURATIVO: _____

SUporte de Oz: NÃO SIM _____

SANGRAMENTO: NÃO SIM _____

DROGAS: NÃO SIM _____

OBSERVAÇÕES

**HORA DA CHEGADA NA
UNIDADE :**

Assinatura do enfermeiro da
Hemodinâmica

Assinatura do Enfermeiro do
destino