

Roteiro de Observação Centro Cirúrgico – Projeto PREVISC-BR

Nº do Prontuário: _____ Nº Atendimento: _____

Data da cirurgia: ____/____/____ Horário: ____:____

Cirurgia: Cesariana () Outra () _____

Classificação da Cirurgia:

Limpa () Potencialmente Contaminada () Contaminada () Infectada ()

Horário de entrada da paciente na sala operatória: ____:____

Número máximo de pessoas na sala: _____

Preparo da equipe cirúrgica

Antissepsia cirúrgica das mãos (considerando tempo e técnica)

Profissional 01: _____

Correto () Incorreto () Se sim, qual a falha? _____

Profissional 02: _____

Correto () Incorreto () Se sim, qual a falha? _____

Profissional 03: _____

Correto () Incorreto () Se sim, qual a falha? _____

Preparo do paciente

Tricotomia Não () Sim () Não observado ()

Em qual momento? Pré-internação () Pré-operatório () Na sala cirúrgica ()

Qual método utilizado? _____

Degermação Não () Sim () Não observado () _____

Antissepsia Não () Sim () Não observado () _____

Antibioticoprofilaxia: Não () Sim ()

Horário de início: ____:____ Horário de Término: ____:____

Horário de Início da Cirurgia (incisão): ____:____

Horário de término da cirurgia (curativo): ____:____

Material estéril

Materiais estéreis estavam abertos antes da entrada da paciente em sala operatória?

Sim () Não () Não observado ()