



Cheklis de Procedimento Endoscópico Seguro

Sing in (admissão na sala de exame)		Time out (antes do procedimento)		Sing out (antes de sair da sala de exame)	
Horário de admissão do paciente: ____:____		Horário de admissão do paciente: ____:____		Horário de admissão do paciente: ____:____	
Identificação do paciente	()	Identificação do paciente	()	Alguma mudança do procedimento programado	()
Termo de consentimento preenchido e assinado	()	Confirma o procedimento a ser realizado	()	Checagem dos frascos de amostra e o pedido do exame médico	()
Confirma o procedimento a ser realizado	()	Haverá amostras de anatomopatológico	()	Coletado amostra de anatomopatológico	()
Autorização do procedimento	()	Haverá amostras de cultura	()	Coletado amostras de cultura	()
Exames complementares presente	()	Acesso venoso periférico pérvio	()	Identificação correta dos frascos de anatomopatológicos e/ou cultura	()
Adereços e próteses dentárias removidos	()	Indicação de antibioticoprofilático	()		
Confirma o jejum necessário para o procedimento	()	Monitoramento do paciente aplicado e funcionando	()	Problemas com equipamentos a serem reportados	()
Verificação de segurança anestésica concluída	()	Equipamentos, materiais e medicamentos disponíveis para o procedimento	()	Previsão de equipamento para manutenção preventiva	()
Presença de via área difícil	()	Alguma preocupação específica em relação ao paciente	()	Recomendações especiais oferecidas ao paciente na recuperação anestésica	()
Materiais de vias áreas disponíveis	()	Informações importantes: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Informações importantes: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Equipamentos testados e funcionantes	()				
Equipamentos/ endoscópios disponíveis	()				
Confirmado alergia à algum medicamento _____	()				
Identificação de alergia por meio da pulseira	()				
Tem previsão de sangramento e reserva de sangue	()				
Previsão de coleta de Anatomia patológica	()				
Apresentação da equipe profissional em voz alta	()				
Assinatura: _____		Assinatura: _____		Assinatura: _____	



SOBECC - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Al. Santos, 1.893 - 9º andar - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP 014190-100
Tel. (11) 3341-4044 - E-mail: sobecc@sobecc.org.br