



**ALBERT EINSTEIN**  
**HOSPITAL ISRAELITA**

Diretrizes Assistenciais

**CHECKLIST CIRÚRGICO**  
**TIME OUT**

Versão eletrônica atualizada em  
Janeiro - 2012

---

## Checklist Cirúrgico – TIME OUT

### Introdução

- Dados do *Institute of Medicine* (IOM) estimam que cerca de 98.000 pessoas morrem a cada ano devido a erros no processo assistencial
- O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estima que por ano, 2 milhões de pacientes adquirem infecções relacionadas à assistência a saúde
- Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), em 193 países filiados, 234 milhões de procedimentos cirúrgicos ocorrem por ano, ou seja, 01 para cada 25 pessoas, com taxas de complicações de 3 a 16% dos procedimentos
- Dados da JCI (1995 a 2009 – JCI) registraram em média 6428 Eventos Sentinelas Cirúrgicos, destes:
  - 13.5% erros de sítio cirúrgico
  - 11,0% complicações de pós operatório
  - 4,9% presença de corpo estranho (compressas, etc)
- Nos EUA ocorrem cerca de 5 milhões de passagem de cateter/ano nas UTI e a média de infecção é 10 dias após a inserção:
  - 80 mil pacientes com infecção/ano
  - 5 a 28% de mortalidade nos casos
  - Pacientes que sobrevivem permanecem 1 semana a mais na UTI
- Em 2001 foi realizado um estudo pelo Dr. Provonost, no *Johns Hopkins Hospital* com a implantação de um *checklist* para passagem de cateter venoso central com a finalidade de evitar/prevenir infecção
- O *checklist* era composto de 05 passos:
  - Lavar as mãos com sabão
  - Clorexidine na pele
  - Campos estéreis sobre o paciente
  - Uso de máscara, gorro, luvas e avental estéreis;

- Curativo estéril

Após a implantação do *checklist* os resultados foram:

- No primeiro mês 30% dos médicos esqueciam pelo menos 1 etapa do processo
- No 2ª mês, a enfermagem passou a ter o *empowerment* de parar o processo se o médico não seguisse alguma etapa do processo
- Após 1 ano, a redução da infecção de Cateter Venoso Central que era de 11% passou para ZERO
- Foram prevenidas 43 infecções, 8 mortes e uma economia de 2 milhões de dólares de custos hospitalares

### **Checklist Manifesto**

- 2008: Dr. Atul Gawande e membros da OMS instituíram em 8 países um *checklist* cirúrgico com 19 itens, publicado no *NEJM* em jan/09:

Os resultados foram:

- 36% de redução das complicações cirúrgicas
- 47% de redução da mortalidade
- 50% de redução das infecções
- 25% de redução das reoperações

Este *checklist* foi aplicado em 4.000 pacientes, com a expectativa de 435 pacientes com complicações, porém este número foi de 277 pacientes. A implantação do *checklist* evitou dano a 250 pacientes e 27 mortes

### **O Checklist no HIAE**

- O *Checklist* Cirúrgico foi desenvolvido em parceria com as diversas áreas da instituição, com o objetivo de envolver toda a equipe multidisciplinar na elaboração do instrumento para que desta forma fosse possível uma melhor adesão ao processo
- Para dar início a nova rotina foi realizado o Lançamento da **Campanha Cirurgia Segura** que teve como principal objetivo engajar o Corpo Clínico as Práticas Internacionais de Segurança do Paciente através do novo *Checklist* Cirúrgico

### Fluxo do Checklist Cirúrgico

- O *Checklist* Cirúrgico é aplicado a 100% dos pacientes que realizam procedimento cirúrgico no HIAE

#### Etapas:

#### Na Unidade de Internação

#### Equipe de Enfermagem:

Na unidade de internação o processo do *checklist* cirúrgico tem início da seguinte forma:

#### Equipe Médica

- A equipe médica avalia o paciente e preenche os seguintes impressos: **Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica**, realiza a **demarcar sítio cirúrgico(quando aplicável)** e preenche o **Algoritmo de Tromboembolismo Venoso**

#### Equipe de Enfermagem

- A equipe de enfermagem avalia o paciente e preenche o impresso: **Avaliação Inicial de Enfermagem**, e retira órteses, próteses e adornos do paciente
- Encaminha juntamente com o paciente os exames relevantes para a realização do procedimento cirúrgico
- Após todos os itens listados anteriormente estarem em conformidade, à equipe de enfermagem preenche o campo destacado abaixo e encaminha o paciente ao Centro Cirúrgico



**ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITÁ**

**ENCAMINHAMENTO PARA BLOCO CIRÚRGICO**  
**REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO**

**Quando não houver Etiqueta**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Prontuário: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O BLOCO CIRÚRGICO**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LOCAL:  CC5A  CO  CCA1  LECO

Procedimento programado: \_\_\_\_\_

Tricotomia:  não realizada  realizada por \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h

**Etiqueta ALERGIA**

Jejum a partir das: \_\_\_\_\_ h do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Check list de encaminhamento pré-operatório**

Anamnese e exame físico  Avaliação pré-anestésica  Retirada de órteses, próteses e adornos

Avaliação inicial de enfermagem  Sítio cirúrgico demarcado

Consentimentos Cirúrgico e Anestésico  Algoritmo de Tromboembolismo Venoso

Exames complementares e imagens que auxiliem o procedimento

Obs: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O BLOCO CIRÚRGICO às \_\_\_\_\_ horas

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

## Na Chegada no Centro Cirúrgico

### Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem que irá receber o paciente deverá proceder às seguintes etapas:

- Registra o horário de chegada do paciente no Centro Cirúrgico e assinar o campo destinado
- Realiza o **Check in** de admissão conferindo se todos os impressos descritos neste campo estão presentes, verifica se o sítio cirúrgico/lateralidade (quando aplicável) está demarcado de forma correta (em algumas situações, como por exemplo criança, partes íntimas e coluna, para garantir a privacidade e conforto do paciente a demarcação será conferida na recuperação anestésica, antes de encaminhar o paciente para a sala de cirurgia) e verifica se não há divergência com os impressos do prontuário
- Caso seja encontrada alguma não conformidade o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas

**REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO**

CHEGADA DO PACIENTE NO BLOCO CIRÚRGICO: às \_\_\_\_\_ horas

Nome do Enfermeiro / Téc de Enfermagem: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

Circulante: \_\_\_\_\_ DRT: \_\_\_\_\_ Sala n.º: \_\_\_\_\_

Exames relacionados:  Sim  Não se aplica

**I - Checklist - Na entrada do Centro Cirúrgico**

**CHECK IN**

<input type="checkbox"/> Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)	<input type="checkbox"/> Avaliação pré-anestésica
<input type="checkbox"/> No caso de Transplante, anexar o Impresso Checklist de Recepção do Órgão de Doador Externo.	<input type="checkbox"/> Consentimento Anestésico
<input type="checkbox"/> Anamnese e exame físico	<input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico Sítio / Lateralidade
<input type="checkbox"/> Algoritmo Tromboembolismo Venoso	<input type="checkbox"/> Sítio demarcado <input type="checkbox"/> Não se aplica
	<input type="checkbox"/> Conferência paciente / agendamento

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

**Preencher e assinar**

**Conferir todos os itens e assinar**

## Na Sala de Cirurgia

### Equipe de Enfermagem

- A equipe de enfermagem irá conduzir o **TIME OUT** em 02 momentos distintos:

#### TIME OUT antes da Indução Anestésica

- Identificar a porta da sala de cirurgia com a etiqueta de identificação do paciente
- A equipe de enfermagem preenche a lousa na sala de cirurgia com o nome de todo o *staff* que está em sala bem como o nome dos profissionais de referência (enfermeiro referência e técnico de engenharia clínica) para que em caso de necessidade estes sejam acionados com facilidade.
- O **TIME OUT** antes da indução anestésica ocorre na presença do Médico Anestesiologista e de um Médico membro da equipe cirúrgica (Cirurgião Principal e/ou Médico Assistente)
- A equipe de enfermagem conduz o **TIME OUT** em voz alta checando juntamente com Cirurgião Principal e/ou Médico Assistente todos os itens relativos ao **TIME OUT** antes da indução anestésica
- Na presença de qualquer não conformidade, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma

**II - Time Out ( Comunicação Ativa com verificação obrigatória do Check-list) – Na sala de Cirurgia**

TIME OUT – Antes da Indução Anestésica	TIME OUT – Antes da Incisão Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Checado dois identificadores do paciente (nome completo e nº do prontuário)	<input type="checkbox"/> Confirmação do paciente/cirurgia a ser realizada e lateralidade/sítio cirúrgico
<input type="checkbox"/> ATB Profilático 60 minutos antes da incisão cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim Horário : ____:____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Checagem da Equipe que está em sala
<input type="checkbox"/> ATB Terapêutico	<input type="checkbox"/> Todos os materiais, implantes e equipamentos estão funcionando e disponíveis
<input type="checkbox"/> Materiais/implantes estão funcionando e disponíveis	<input type="checkbox"/> ATB Profilático realizado
<input type="checkbox"/> Equipamentos checados pela Engenharia Clínica Checado: _____	<input type="checkbox"/> Exames de imagens e laboratoriais essenciais estão em sala <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
<input type="checkbox"/> Consentimento Anestésico	<b>Cirurgião</b>
<input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico com lateralidade se aplicável	<input type="checkbox"/> Há necessidade de congelação / patologista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sítio demarcado <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Os frascos estão disponíveis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Laringoscópio	<input type="checkbox"/> Tempo previsto de cirurgia
<input type="checkbox"/> KT5/Ambú	<input type="checkbox"/> Esperado perda sanguínea (Adulto 500 ml e Criança 7ml kg/peso) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Reserva de sangue disponível <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Aspirador	<b>Anestesiologista</b>
<input type="checkbox"/> Seringas Identificadas	<input type="checkbox"/> Condições críticas do paciente/anestesia
<input type="checkbox"/> Monitor/oxímetro de pulso no paciente e funcionando	<b>Enfermagem/ Instrumentador</b>
<input type="checkbox"/> Via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Equipamento VAD disponível <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Materiais e equipamentos estéreis (integrador) e disponíveis
<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Profilaxia para TEV <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<input type="checkbox"/> Meias elásticas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Massageador Intermitente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Profilaxia medicamentosa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Esperado perda sanguínea ( Adulto 500 ml e Criança 7 ml kg/peso) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Reserva de sangue disponível <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Dois acessos disponíveis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: _____ Coren: _____	Cirurgião: _____ CRM: _____
Anestesiologista: _____ CRM: _____	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: _____ Coren: _____
Cirurgião/Assistente: _____ CRM: _____	Instrumentador: _____
Horário de entrada em sala: _____	

TIME OUT antes da indução anestésica

### TIME OUT antes da Incisão Cirúrgica

- O **TIME OUT** antes da incisão cirúrgica ocorre na presença do Cirurgião Principal e/ou Médico Assistente antes que ocorra a incisão da pele do paciente
- A equipe de enfermagem conduz o **TIME OUT** em voz alta checando juntamente com o Cirurgião Principal e/ou Médico Assistente todos os itens relativos ao **TIME OUT** antes da incisão cirúrgica
- A equipe de enfermagem deverá checar em voz alta se todos os profissionais estão em sala no momento do Time Out ( É obrigatório que todos os profissionais que estão em sala estejam discriminados na lousa no momento do TIME OUT, porém nem todos os profissionais que estão na lousa vão estar em sala no momento do TIME OUT, como por exemplo, os profissionais de referência).
- Na presença de não conformidade em qualquer item deste processo, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da mesma

**II - Time Out ( Comunicação Ativa com verificação obrigatória do Check-list) – Na sala de Cirurgia**

TIME OUT – Antes da Indução Anestésica	TIME OUT – Antes da Incisão Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Checado dois identificadores do paciente (nome completo e nº do prontuário)	<input type="checkbox"/> Confirmação do paciente/cirurgia a ser realizada e lateralidade/sítio cirúrgico
<input type="checkbox"/> ATB Profilático 60 minutos antes da incisão cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim Horário : ____:____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Checagem da Equipe que está em sala
<input type="checkbox"/> ATB Terapêutico	<input type="checkbox"/> Todos os materiais, implantes e equipamentos estão funcionando e disponíveis
<input type="checkbox"/> Materiais/implantes estão funcionando e disponíveis	<input type="checkbox"/> ATB Profilático realizado
<input type="checkbox"/> Equipamentos checados pela Engenharia Clínica	<input type="checkbox"/> Exames de imagens e laboratoriais essenciais em sala <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Checado: _____	<b>Cirurgião</b>
<input type="checkbox"/> Consentimento Anestésico	<input type="checkbox"/> Há necessidade de congelação / patologista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico com lateralidade se aplicável	<input type="checkbox"/> Os frascos estão disponíveis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sítio demarcado <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Tempo previsto de cirurgia
<input type="checkbox"/> Laringoscópio	<input type="checkbox"/> Esperado perda sanguínea (Adulto 500 ml e Criança 7ml kg/peso) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Reserva de sangue disponível <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> KT5/Ambú	<b>Anestesiologista</b>
<input type="checkbox"/> Aspirador	<input type="checkbox"/> Condições críticas do paciente/anestesia
<input type="checkbox"/> Seringas identificadas	<b>Enfermagem/ Instrumentador</b>
<input type="checkbox"/> Monitor/oxímetro de pulso no paciente e funcionando	<input type="checkbox"/> Materiais e equipamentos estéreis (integrador) e disponíveis
<input type="checkbox"/> Via aérea difícil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Equipamento VAD disponível <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Profilaxia para TEV <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<input type="checkbox"/> Meias elásticas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Massageador Intermitente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Profilaxia medicamentosa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Esperado perda sanguínea ( Adulto 500 ml e Criança 7 ml kg/peso) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Reserva de sangue disponível <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Dois acessos disponíveis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: _____ Coren: _____	Cirurgião: _____ CRM: _____
Anestesiologista: _____ CRM: _____	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: _____ Coren: _____
Cirurgião/Assistente: _____ CRM: _____	Instrumentador: _____
Horário de entrada em sala: ____:____	

TIME OUT antes da incisão cirúrgica

### Check Out – Na sala de cirurgia

- Ao término do procedimento, a equipe de enfermagem realiza o **check out** antes que o paciente seja encaminhado para a recuperação anestésica e/ou unidade de destino
- O **check out** compreende a conferência de compressas, gazes, identificação de peças para anatomia patológica, identificação de soros/infusões e checagem da pulseira de identificação do paciente
- Após a conformidade de todos os itens a equipe de enfermagem conduz o paciente ao seu destino



- O *check out* inclui o item “Registros do Encaminhamento do Paciente”.



**III - Check Out - Na sala de Cirurgia (Equipe de Enfermagem)**  
**CHECK OUT**

Contagem de Compressas Nº entregues \_\_\_\_\_ Nº Conferidas \_\_\_\_\_

Congelação  Sim  Não

Peça Cirúrgica para anatomia patológica  Sim  Não

Identificação da peça com etiqueta do paciente

Quantidade de peças \_\_\_\_\_ Especificação da peça: \_\_\_\_\_

Amostras biológicas / material para estudo compatível com etiqueta do paciente

Quantidade de amostras / material \_\_\_\_\_ Especificação amostras / material: \_\_\_\_\_

Soros de infusões, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão devidamente identificados  Sim  Não se aplica

Pulseira de Identificação

Eventos preventivos com **TIME OUT**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Condições de Encaminhamento do Paciente**

Acordado  Adormecido  Sonolento  Intubado  Outros \_\_\_\_\_

Nebulizador l/min: \_\_\_\_\_  Cateter de O2 \_\_\_\_\_

SVD Volume: \_\_\_\_\_  SNG Débito \_\_\_\_\_

Dreno:  Sim  Não - Local: \_\_\_\_\_ Dreno:  Sim  Não - Local: \_\_\_\_\_

Dreno:  Sim  Não - Local: \_\_\_\_\_ Dreno:  Sim  Não - Local: \_\_\_\_\_

Cateter Venoso Central  Sim  Não - Local: \_\_\_\_\_

Cateter Venoso Periférico  Sim  Não - Local: \_\_\_\_\_

Envio do prontuário completo ( relatório de cirurgia, ficha de anatomia patológica, ficha de recuperação anestésica, ficha de monitorização anestésica, Integradores)

Horário de encaminhamento do paciente: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Enfermeiro / Técnico de  
Enfermagem: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_