



NO MOMENTO DA ALTA

- ☐ Sei a data da próxima consulta
- ☐ Onde e quando vou fazer o penso
- ☐ Que cuidados devo ter com drenos
- ☐ Confirmo contacto telefónico
- ☐ Conheço as recomendações para a retoma da minha vida diária
- ☐ Tenho os documentos de alta do meu internamento

PERGUNTO para estar INFORMADO

Tomo DECISÕES com CONHECIMENTO

**PARTICIPO NA MINHA SEGURANÇA
CIRÚRGICA**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ARCO RIBEIRINHO

Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro

Telefone: 212147300

E-mail: admin@ulsar.min-saude.pt

www.ulsar.min-saude.pt

Bloco Operatório

Consulta de Enfermagem Perioperatória:
consultaenfermagembo@chbm.min-saude.pt

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA MINHA CIRURGIA

Assinalo o que já fiz...



Bloco Operatório

NAS CONSULTAS, ANTES DA CIRURGIA, INFORMAR SOBRE:

- ☐ As minhas **alergias** - lista
- ☐ As minhas **doenças** conhecidas – lista
- ☐ As minhas **limitações** - lista
- ☐ A **medicação** que tomo - lista
- ☐ Vitaminas, **suplementos** ou substâncias naturais que tomo - lista
- ☐ O meu consumo de **álcool, tabaco, drogas** ou outras substâncias
- ☐ As minhas **cirurgias** e **anestesias** – lista com intercorrências
- ☐ Os exames que já realizei (ex.: RX)
- ☐ Se aceito receber transfusões sanguíneas (se necessário)
- ☐ Se estou grávida ou a amamentar (se aplicável)
- ☐ Indicar o meu **representante legal**

Dou o meu consentimento para qualquer ato médico/ cirúrgico, depois de totalmente esclarecido e se concordar. Posso mudar a minha decisão a qualquer momento.

O QUE PERGUNTAR?

- ☐ Tudo **o que me preocupa** sobre a cirurgia e anestesia, lista de questões
- ☐ Como **me preparar** para a cirurgia, pedir informação escrita
- ☐ Quanto tempo vou estar internado
- ☐ Quando começo o **jejum**
- ☐ Quando devo calçar meias elásticas
- ☐ Qual vai ser o percurso no hospital
- ☐ Se posso ir acompanhado
- ☐ A que horas é a minha cirurgia
- ☐ Que **medicação** devo manter

O QUE FAZER?

- ☐ Manter unhas curtas, limpas, sem verniz, gel ou gelinho
- ☐ Parar ou diminuir hábitos tabágicos e evitar o consumo de álcool
- ☐ Cumprir as orientações de preparação para a minha cirurgia
- ☐ **Não** usar maquilhagem (se aplicável)
- ☐ **Não** fazer a minha depilação
- ☐ O meu familiar ou pessoa significativa, por mim indicada, pode ligar para informar sobre a minha saúde

PARTICIPO NAS VERIFICAÇÕES DA MINHA SEGURANÇA, CONFIRMANDO:

- ☐ O meu nome e data de nascimento
- ☐ Se tenho alergias e quais
- ☐ A cirurgia que vou fazer
- ☐ Se tenho o local da cirurgia marcado no meu corpo

O QUE DEVO FAZER NA VÉSPERA E DIA DA CIRURGIA?

- ☐ **Não** como e **não** bebo (nem água) a partir das ____ horas
- ☐ Tomo banho completo com sabão recomendado, na véspera e no dia da cirurgia, e lavo também os dentes
- ☐ Retiro próteses e adornos (ex: brincos)
- ☐ Comunico a minha sensação de frio, calor, dor, desconforto ou indisposição