UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Maria Cláudia Martins

PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO: "DESENVOLVIMENTO DE PAINEL DE INDICADORES CHAVE DE PERFORMANCE EM UM CENTRO CIRÚRGICO COMO FERRAMENTA DE MUDANÇA CULTURAL"

Belo Horizonte
2026

Maria Cláudia Martins

PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO: "DESENVOLVIMENTO DE PAINEL DE INDICADORES CHAVE DE PERFORMANCE EM UM CENTRO CIRÚRGICO COMO FERRAMENTA DE MUDANÇA CULTURAL"

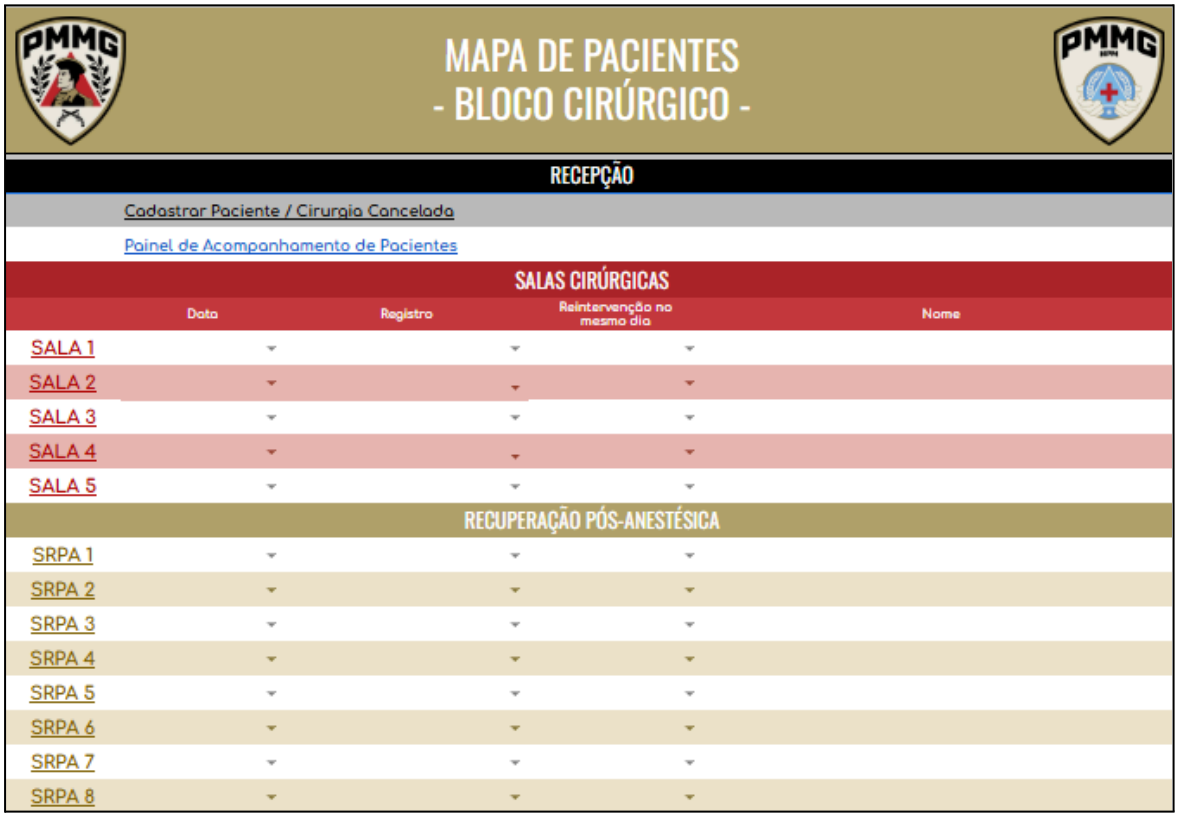
Produto Técnico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Belo Horizonte
2026

PRODUTO TÉCNICO I
ABA 'MAPA' DA PLANILHA DE PROCESSOS ASSISTENCIAIS DO BLOCO CIRÚRGICO E FORMULÁRIO DA RECEPÇÃO



MAPA DE PACIENTES
- BLOCO CIRÚRGICO -

RECEPÇÃO

Cadastrar Paciente / Cirurgia Cancelada

Painel de Acompanhamento de Pacientes

SALAS CIRÚRGICAS

	Data	Registro	Reintervenção no mesmo dia	Nome
SALA 1				
SALA 2				
SALA 3				
SALA 4				
SALA 5				

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

SRPA 1				
SRPA 2				
SRPA 3				
SRPA 4				
SRPA 5				
SRPA 6				
SRPA 7				
SRPA 8				

Formulário utilizado para o registro dos processos assistenciais da Recepção:

RECEPÇÃO - Processos Assistenciais do Bloco Cirúrgico

💡 Tenha o ***Mapa Cirúrgico*** em uma segunda aba do navegador ou, se disponível, em um segundo monitor. Isso permite uma visualização lado a lado das informações.
Preencha as informações do formulário utilizando o Mapa Cirúrgico como apoio para validar informações sempre que necessário.

🚨 **O Que Fazer em Caso de Divergências?**

Se qualquer informação estiver diferente do Mapa Cirúrgico:

1. **PARE:** Não prossiga com o preenchimento.
2. **COMUNIQUE:** Informe imediatamente o Enfermeiro Supervisor, o Anestesista ou o Cirurgião responsável.
3. **AGUARDE A CORREÇÃO:** Espere a confirmação e a correção da informação antes de continuar o preenchimento do checklist.

😉 ***A dupla checagem entre o formulário e o Mapa Cirúrgico não é uma formalidade, mas sim uma barreira de segurança essencial para proteger nossos pacientes e nossa equipe. A sua atenção a este processo é fundamental!***

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

2. Tipo de Cadastro: *

   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ Paciente Cirúrgico *Pular para a pergunta 4*
   - ◯ Cancelamento de Cirurgia *Pular para a pergunta 28*

3. Data *

   Exemplo: 7 de janeiro de 2019

CADASTRO DE PACIENTE CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4. Reintervenção no mesmo dia? *

   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ Não
   - ◯ Sim

5. Registro *

   _____

6. Nome *

   _____

7. Data de **NASCIMENTO** *

   _____

   Exemplo: 7 de janeiro de 2019

8. Telefone de Contato (preferencialmente com Whatsapp) *

   _____

9. Tipo *

   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ PM
   - ◯ BM
   - ◯ Pensionista/Dependente
   - ◯ Outros

10. Identificação de Gênero *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Outro: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O PROCEDIMENTO

11. Data do **PEDIDO** *

_____

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

12. Horário previsto para a cirurgia *

_____

13. Tempo previsto para a cirurgia * Dropdown

Marcar apenas uma oval.

- 30
- 45
- 60
- 90
- 120
- 150
- 180
- 210
- 240
- 270
- 300
- 330
- 360
- 390
- 420
- 450
- 480
- 510
- 540
- 570
- 600

14. Tipo de Cirurgia Prevista *(copiar e colar do Mapa Cirúrgico)* *

HISTÓRIA ATUAL E PREGRESSA

15. Peso *

16. Altura *

17. Horário da última alimentação sólida e líquida. *
Descrever o tipo de alimento ingerido.

18. Alergia *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Outro:

19. Comorbidade *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Outro: _____

20. Medicamentos em Uso *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Outro: _____

21. Pulseira de Identificação e Risco de Queda *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

22. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *

Marcar apenas uma oval.

- TCLE com pendência
- Sim

23. Observações *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Internação por mais de 3 dias nos últimos 6 meses em outro hospital
- [ ] Cirurgia em outro hospital nos últimos 6 meses
- [ ] Paciente em terapia dialítica
- [ ] Paciente residente em instituição de longa permanência
- [ ] Gripe / Resfriado
- [ ] Uso de Antibiótico
- [ ] Vacinação nos últimos 14 dias
- [ ] Nenhuma observação
- [ ] Outro: _____

24. Orientar retirada de: *

- Cílios postiços
- Lentes de contato
- Aparelho auditivo
- Prótese capilar
- Piercing
- Prótese dentária

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Não
- ◯ Sim
- ◯ Outro: _____

25. Tipo de Precaução *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Padrão
- [ ] Contato
- [ ] Gotícula
- [ ] Aerossol
- [ ] Outro: _____

DOCUMENTAÇÃO

26. Documentos *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Identificação do Paciente no Leito
- [ ] Pedido de Marcação Cirurgica
- [ ] Autorização do Procedimento
- [ ] Ficha de Internação
- [ ] Sumário de Alta
- [ ] Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- [ ] Termo de Consentimento para transfusão de hemoderivados
- [ ] Registro e Rastreabilidade de Dispositivos Estéreis
- [ ] Prontuário
- [ ] Folha de Sala
- [ ] Boletim Anestésico
- [ ] Check List de Cirurgica Segura
- [ ] Receituário
- [ ] Evolução Médica
- [ ] Prescrição Médica
- [ ] Atestado Médico
- [ ] Retorno
- [ ] Termo de explante
- [ ] Termo de amputação
- [ ] Outro: _____

27. Exames *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Anatomopatológico
- [ ] Audiometria
- [ ] Avaliação pré anestésica
- [ ] Biópsia
- [ ] Cintilografia
- [ ] Colonoscopia
- [ ] Doppler
- [ ] Duplex
- [ ] Ecocardiograma
- [ ] Eletrocardiograma
- [ ] Eletroneuromiografia
- [ ] Ecografia
- [ ] Endoscopia
- [ ] Fibronasolaringoscopia
- [ ] Holter
- [ ] Laboratoriais
- [ ] Mamografia
- [ ] Raio X
- [ ] Ressonância magnética
- [ ] Risco Cirúrgico
- [ ] Teste Ergométrico
- [ ] Tomografia computadorizada
- [ ] Ultrassom
- [ ] Urodinâmica
- [ ] Urodinâmica
- [ ] Punção tireóide
- [ ] Punção mama
- [ ] Laudo de agulhamento
- [ ] Outro: _____

CANCELAMENTO DE CIRURGIA

28. Registro *

_____

29. Nome *

30. Especialidade * Dropdown

Marcar apenas uma oval.

- Ambulatório de Pé
- Anestesiologia
- Bucomaxilofacial/Odontologia
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Torácica
- Cirurgia Vascular / Angiologia
- Coloproctologia
- Dermatologia
- Dor
- Endoscopia/Gastro
- Ginecologia
- Hematologia
- Mastologia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia - Mão
- Ortopedia - Coluna
- Ortopedia - Geral
- Otorrinolaringologia
- Urologia

31. Motivo *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Indisponibilidade de hemocomponente para transfusão
- [ ] Cirurgião em LM ou Gala/Férias/Luto
- [ ] Cirurgião escalado em solendade/justiça/TPB
- [ ] Cirurgião não compareceu
- [ ] Falta de anestesista
- [ ] Falta de circulante
- [ ] Falta de vaga para internação UI/CTI
- [ ] Falta de material
- [ ] Falta de médico auxiliar
- [ ] Material não esterilizado
- [ ] OPME indisponível
- [ ] Problema com equipamento
- [ ] Problema estrutural
- [ ] Indisponibilidade de sala
- [ ] Paciente não trouxe exames
- [ ] Paciente não compareceu
- [ ] Paciente teve melhora do quadro clínico
- [ ] Paciente sem condições clínicas
- [ ] Paciente fez pre operatório inadequado (jejum, medicamento, cilios, protese, etc)
- [ ] Outro: _____

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários