

<b>Nome completo do(a) participante:</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		<b>ESTAÇÃO</b> <b>4</b>	<b>EXEMPLO DE PREENCHIMENTO</b>  Preencha os campos completamente e com nitidez, utilizando caneta esferográfica de tinta preta.
<b>Local de realização:</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXX	<b>Data de realização:</b> 99/99/9999		

**Nome do(a) EXAMINADOR(A):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ÁREA: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**  
**CHECKLIST DO(A) EXAMINADOR(A)**

<b>MÓDULO DO(A) AUDITOR(A) QUE REALIZOU A 1ª AUDITORIA</b>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F	<input checked="" type="radio"/> <b>USO EXCLUSIVO DO(A) AUDITOR(A) RESERVA</b>
<b>MÓDULO DO(A) AUDITOR(A) QUE REALIZOU A 2ª AUDITORIA</b>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> <b>USO EXCLUSIVO DO(A) AUDITOR(A) RESERVA</b>


ITENS DE DESEMPENHO AVALIADOS	DESEMPENHO OBSERVADO		
	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
<b>ANAMNESE INICIAL</b>			
1. Identifica-se e pergunta o nome da paciente.	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
2. Pergunta sobre outros sintomas de iminência de eclâmpsia – (1) escotomas e/ou (2) fosfenas e/ou (3) epigastralgia. <i>Inadequado: se não perguntar sobre os sintomas listados; Parcialmente adequado: se perguntar sobre 1 ou 2 sintomas; Adequado: se perguntar sobre os 3 sintomas.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Solicita dados referentes ao(à): (1) cartão pré-natal; (2) exame físico – pressão arterial; (3) ausculta de batimentos fetais. <i>Inadequado: se solicitar de 0 a 1 item; Parcialmente adequado: se solicitar 2 itens; Adequado: se solicitar os 3 itens.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>TRATAMENTO DA CONVULSÃO</b>			
4. Contém a paciente para não se machucar.	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
5. Lateraliza a cabeça da paciente.	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
6. Solicita acesso venoso.	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
7. Solicita colocação da cânula de Guedel.	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
8. Solicita cateter de O <sub>2</sub> .	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
<b>TRATAMENTO DA DOSE DE ATAQUE DA ECLÂMPSIA (SULFATO DE MAGNÉSIO)</b>			
9. Solicita a administração de dose de ataque do sulfato de magnésio. – <i>Esquema de Pritchard:</i> 4 g de sulfato de magnésio, endovenoso; 5 g de sulfato de magnésio, intramuscular, em cada nádega. – <i>Ou Esquema de Zuspan:</i> 4 g de sulfato de magnésio, endovenoso. – <i>Ou Esquema de Sibai:</i> 6 g de sulfato de magnésio, endovenoso. <i>Inadequado: se mencionar somente o nome do esquema e não descrevê-lo e/ou se associar diazepam; Parcialmente adequado: se acertar a medicação; Adequado: se acertar a medicação, a dose e a via de administração.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Orienta a administração do sulfato de magnésio de forma lenta (10 a 20').	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
11. Fala que o diagnóstico é de ECLÂMPSIA.	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
<b>ENCAMINHAMENTO</b>			
12. Encaminha a paciente, logo após o tratamento da dose de ataque do sulfato de magnésio para serviço de referência.	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>

<b>AVALIAÇÃO GLOBAL</b>		
Desempenho do(a) participante nesta estação; assinale um dos itens a seguir.		
<input type="radio"/> ← <b>INADEQUADO</b>	<input type="radio"/> ← <b>MINIMAMENTE ADEQUADO</b>	<input type="radio"/> ← <b>ADEQUADO</b>

assinatura do(a) examinador(a)

Caso necessário, registre no verso desta Planilha as observações.



<b>Nome completo do(a) participante:</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		<b>ESTAÇÃO</b> <b>4</b>	<b>EXEMPLO DE PREENCHIMENTO</b>  Preencha os campos completamente e com nitidez, utilizando caneta esferográfica de tinta preta.
<b>Local de realização:</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXXXXXXXXX	<b>Data de realização:</b> 99/99/9999		



PARA USO EXCLUSIVO DO(A) AUDITOR(A) DO MÓDULO						
O campo abaixo somente será utilizado se um ou mais itens forem marcados erroneamente pelo(a) médico(a) examinador(a).						
	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO		INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO
1	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	7	<input type="radio"/>	
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

-----assinatura do(a) examinador(a) -----assinatura do(a) auditor(a) do módulo-----