

Logo hospital

CHECK-LIST MANUTENÇÃO DIÁRIA DO CATETER VENOSO CENTRAL
 Para preenchimento desta tabela utilizar : S - para sim / N - para não / NA - para não aplica



ETIQUETA/ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		PRONTUÁRIO:										DATA INSERÇÃO: ____/____/____ DATA RETIRADA: ____/____/____		SETOR:		LEITO:	
DATA: ____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____	
Período DIURNO "D" e NOTURNO "N"		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Higienização das mãos ANTES da manipulação do cateter?																	
Desinfecção com álcool 70% dos conectores e extensores?																	
Equipos e polifix datados e na validade?																	
Presença de sinais flogísticos?																	
Curativo estéril realizado pelo enfermeiro, íntegro, datado e identificado?																	
Indicação de remoção do cateter?																	
Responsável pela avaliação																	
DATA: ____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____	
Período DIURNO "D" e NOTURNO "N"		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Higienização das mãos ANTES da manipulação do cateter?																	
Desinfecção com álcool 70% dos conectores e extensores?																	
Equipos e polifix datados e na validade?																	
Presença de sinais flogísticos?																	
Curativo estéril realizado pelo enfermeiro, íntegro, datado e identificado?																	
Indicação de remoção do cateter?																	
Responsável pela avaliação																	
DATA: ____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____		____/____/____	
Período DIURNO "D" e NOTURNO "N"		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Higienização das mãos ANTES da manipulação do cateter?																	
Desinfecção com álcool 70% dos conectores e extensores?																	
Equipos e polifix datados e na validade?																	
Presença de sinais flogísticos?																	
Curativo estéril realizado pelo enfermeiro, íntegro, datado e identificado?																	
Indicação de remoção do cateter?																	

Responsável pela avaliação																				
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obserações/ Intercorrências: _____