

Logo hospital

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



ETIQUETA/ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			PRONTUÁRIO:						DATA INSERÇÃO: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> DATA RETIRADA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				SETOR:		LEITO:			
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Período DIURNO "D" e NOTURNO "N"	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Necessidade de manter sonda?																		
Bolsa coletora identificada?																		
Sonda fixada adequadamente, sem tracionamento?																		
Nível da bolsa abaixo de 2/3 do volume total?																		
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga?																		
Bolsa coletora não encostando no chão?																		
Circuito de drenagem livre de obstruções?																		
Higiene íntima adequada?																		
Responsável pela avaliação																		
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Período DIURNO "D" e NOTURNO "N"	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Necessidade de manter sonda?																		
Bolsa coletora identificada?																		
Sonda fixada adequadamente, sem tracionamento?																		
Nível da bolsa abaixo de 2/3 do volume total?																		
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga?																		
Bolsa coletora não encostando no chão?																		
Circuito de drenagem livre de obstruções?																		
Higiene íntima adequada?																		
Responsável pela avaliação																		
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Período DIURNO "D" e NOTURNO "N"	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Necessidade de manter sonda?																		
Bolsa coletora identificada?																		
Sonda fixada adequadamente, sem tracionamento?																		
Nível da bolsa abaixo de 2/3 do volume total?																		
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga?																		
Bolsa coletora não encostando no chão?																		
Circuito de drenagem livre de obstruções?																		
Higiene íntima adequada?																		
Responsável pela avaliação																		

Observações/ Intercorrências:
