

Logo hospital

CHECK-LIST MANUTENÇÃO DIÁRIA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA
 Para preenchimento desta tabela utilizar : S - para sim / N - para não / NA - 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	D	N
Cabeceira elevada entre 30º e 45º?																			
Higiene Oral realizada 3 x dia?																			
Pressão do CUFF entre 25 e 30cmH2O?																			
Circuito posicionado e livre de condensado?																			
Sistema asséptico de aspiração?																			
Fixação de TOT/ cânula adequada?																			
Filtro HEPA/HMF na validade?																			
Reavaliado necessidade de manter a sedação/VM?																			
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	D	N
Cabeceira elevada entre 30º e 45º?																			
Higiene Oral realizada 3 x dia?																			
Pressão do CUFF entre 25 e 30cmH2O?																			
Circuito posicionado e livre de condensado?																			
Sistema asséptico de aspiração?																			
Fixação de TOT/ cânula adequada?																			
Filtro HEPA/HMF na validade?																			
Reavaliado necessidade de manter a sedação/VM?																			
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	D	N
Cabeceira elevada entre 30º e 45º?																			
Higiene Oral realizada 3 x dia?																			
Pressão do CUFF entre 25 e 30cmH2O?																			
Circuito posicionado e livre de condensado?																			
Sistema asséptico de aspiração?																			
Fixação de TOT/ cânula adequada?																			
Filtro HEPA/HMF na validade?																			
Reavaliado necessidade de manter a sedação/VM?																			
Responsável pela avaliação																			

Observações/ Intercorrências: _____