

Logo hospital	CHECKLIST BUNDLE INSERÇÃO DA CÂNULA PARA PREVENÇÃO DE PAV	
---------------	--	--

Etiqueta/ Identificação do Paciente:

Prontuário:	Setor:	Data Inserção:	Hora:
--------------------	---------------	-----------------------	--------------

() Transferência de outro serviço em Ventilação Mecânica.
 Intubação emergencial: () sim () não

INSERÇÃO DA CÂNULA: () Traqueo () IOT
 Tamanho da Cânula/Traqueo: _____ Nº da rima: _____ CUFF: () sim () não

Procedimento:	SIM	NÃO	SOLUCIONADO
Higienização das mãos?	()	()	()
Uso de máscara?	()	()	()
Uso de óculos de proteção?	()	()	()
Uso de luvas estéreis?	()	()	()
Incidente durante o procedimento?	()	()	()

Se incidente sim, o quê?

Fixação bem aderida ao dispositivo?	()	()	()
-------------------------------------	-----	-----	-----

RETIRADA DA CÂNULA:
 Data: __/__/____ Hora: ____ Retirado por: _____

Programada: () Troca de modalidade de ventilação () Troca de Cânula () Exame () Óbito VNI: () sim () não Após 48h: () Sucesso () Fracasso	Não programada: () Acidental pelo paciente () Acidental pelo profissional () Outros: _____ Foi realizada notificação de evento adverso? () sim () não
--	--

Médico (carimbo e assinatura)	Auditor do procedimento (carimbo e assinatura)
--------------------------------------	---