

Logo hospital

CHECKLIST BUNDLE INSERÇÃO CATETER VENOSO CENTRAL - CVC



Etiqueta/ Identificação do Paciente:

Prontuário:

Setor:

Data Inserção:

Hora:

Responsável pelo procedimento: _____ Profissional Assistente: _____

Profissional Auditor: _____

Qual a indicação do CVC:

- () Paciente com acesso venoso difícil () Tempo de terapia infusional maior que 7 dias
 () Infusão de medicamentos com pH/osmolaridade incompatíveis com via periférica (ex: DVA/NPT/eletrolitos)
 () Hemodiálise () Monitorização hemodinâmica () Outros _____

Foi utilizado Precaução de Barreira Máxima?

SIM, CONFORME

NÃO

SOLUCIONADO

Responsável pelo procedimento:

Higienizou as mãos com clorexidina degermante 2%? ()

()

()

()

Uso de Touca? ()

()

()

()

Uso de Máscara? ()

()

()

()

Uso de Avental Estéril? ()

()

()

()

Profissional Assistente:

Higienizou as mãos? ()

()

()

()

Uso de Touca? ()

()

()

()

Uso de Máscara? ()

()

()

()

Foi realizado antisepsia ampla com clorexidina degermante 2% e depois com clorexidina alcoólica 0,5% ou com clorexidina aquosa (para prematuros extremos)?

- () SIM () NÃO - () SOLUCIONADO _____

Friccionar por 30 segundos em movimento vai e vem, deixar secar espontaneamente, cerca de 2 minutos

*Atentar para a equivalência das soluções septicas. Ex: PVPI DEGERMANTE + PVPI TÓPICO
 CLOREXIDINA DEGERMANTE + CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5%

Paciente recoberto por campos estéreis? () SIM () NÃO - () SOLUCIONADO _____

Coberto da cabeça aos pés com campo estéril, deixando uma pequena abertura no local de inserção

- Tipo de Cateter:** () Cateter venoso central profundo (Intracath, duplo lumen)
 () Cateter venoso central de inserção periférica (PICC)
 () Cateter venoso central tunelizado (tipo Hickman®/Broviac®)
 () Cateter totalmente implantado
 () Cateter umbilical

Calibre do cateter: _____

Nº de vias: _____

Tipo de inserção () punção
 () dissecação

Nº tentativas de punção: _____

Comprimento: Total do cateter: _____ cm

Inserido: _____ cm

Externo: _____ cm

Cortado: _____ cm

Posicionamento da ponta distal: _____

Local da inserção do cateter: Dar preferência para JUGULAR em casos de hemodiálise, coagulopatia e a BAVT. E zona ZIM para PICC

- () SUBCLÁVIA D () JUGULAR D () FEMORAL D (última opção) () Temporal D () MMSS () D () E
 () SUBCLÁVIA E () JUGULAR E () FEMORAL E (última opção) () Temporal E () MMII () D () E

Se FEMORAL, justifique: _____

Fixação do cateter: () Sutura () Estabilizador

() Oclusivo com gaze e micropore estéreis () Oclusivo com gaze e curativo transparente

() Outro _____

Nas primeiras 24 horas realizar curativo oclusivo com gaze estéril, identificar com nome data. Trocar em 24h

RETIRADA DO CATETER () PROGRAMADA () ACIDENTAL

Data: ___/___/___ Hora: _____ Retirado por (profissional): _____

Motivo: _____

 Médico (carimbo e assinatura)

 Auditor do procedimento (carimbo e assinatura)