

Logo hospital	CHECKLIST BUNDLE INSERÇÃO DE CVD	 <p>PARANÁ GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE</p> <p>FUNEAS Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná</p>
---------------	---	---

Etiqueta/ Identificação do Paciente:

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

INSERÇÃO DO CATETER:

Indicação para inserção: _____ Tipo do cateter: _____

Marca: _____ Lote: _____ Tamanho: _____

Procedimento:	SIM	NÃO	SOLUCIONADO
Higiene íntima no local, antes do procedimento?	()	()	()
Antissepsia cirúrgica das mãos?	()	()	()
Uso de EPI's (gorro, máscara)?	()	()	()
Uso de avental estéril?	()	()	()
Uso de luvas estéreis?	()	()	()
Antissepsia do local antes do procedimento?	()	()	()
Inserido água destilada no balonete?	()	()	Quanto: _____
Identificado a sonda (data, tamanho, volume, profissional)?	()	()	
Incidente durante o procedimento?	()	()	

Se incidente sim, o quê? _____

Fixação adequada da sonda conforme preconizado?	()	()	()
---	-----	-----	-----

RETIRADA DO CATETER PROGRAMADA:

Data: __/__/____ Hora: _____ Retirado por (profissional): _____

Motivo: _____

Cultura de urina: () sim () não

Parcial de urina: () sim () não

RETIRADA DO CATETER ACIDENTAL:

Data: __/__/____ Hora: _____ Profissional: _____

Motivo: _____

Enfermeiro (carimbo e assinatura)	Auditor do procedimento (carimbo e assinatura)
Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; p.57. Brasília: Anvisa	

Logo hospital

CHECKLIST BUNDLE INSERÇÃO DE CVD

