

CHECK LIST PARA PASSAGEM DE CATETER CENTRAL

PACIENTE: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____ Leito: _____ Registro: _____ Sexo: M () F ()

Data do Procedimento: ___/___/___ Local da passagem (setor): _____

Nova punção () Troca () Motivo da troca: _____

TIPO DE CATETER:

Nº DE LÚMENS: 1 () 2 () 3 ()

- CVC curta permanência (Mono/Duplo/Triplo Lúmen) ()
- CVC com Saturação Venosa ()
- CVC de HD (Schilley/ Permicath/Hickman) ()

INDICAÇÃO: Diálise () NPP () Medicação () Monitorização UTI () Monitorização Centro Cirúrgico ()

ANTES O PROCEDIMENTO:

- Conferir a identificação do paciente e explicar o procedimento () Sim () Não
- Higienização das mãos com clorexidina degermante 2% () Sim () Não
- Degermação da pele com clorexidina degermante 2% () Sim () Não
- Antissepsia da pele com clorexidina alcoólico 0,5% () Sim () Não

DURANTE O PROCEDIMENTO:

- Luvas/Gorro/Máscara/Avental Cirúrgico () Sim () Não
- Campo Estéreis Grandes () Sim () Não
- Todo procedimento realizado com técnica asséptica () Sim () Não

APÓS O PROCEDIMENTO:

- Realização de curativo com gaze e micropore nas 24h iniciais () Sim () Não
- RX foi checado e documentado () Sim () Não

Não conformidade, descreva: _____

Punção única: SIM () NÃO () QUANTAS? _____

Local da inserção: Subclávia D () E () Femoral D () E () Jugular D () E ()

NOME E CARIMBO DO PROFISSIONAL
RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO:

NOME DO PROFISSIONAL QUE
PRENCHOU O CHECK LIST:

NOME E CARIMBO- SCIH

