

Check List para Passagem de Cateter Central

Paciente: _____ Data: _____
Idade: _____ Leito: _____ Atendimento: _____ Sexo: _____

Data do Procedimento: _____ Períodos: M T N

Local da passagem (setor): _____

Profissional auditado:

Médico Nefrologista Médico Anestesiista Médico Vascular/Cirurgião

Passagem do cateter:

Nova punção Troca Motivo da troca: _____

Tipo de cateter:

CVC curta permanencia (Mono/Duplo/Triplo Lúmen)
CVC com Saturação Venosa Cateter de Arteria Pulmonar
PICC CVC de HD (Schilley/ Permicath/Hickman)

Nº de Lúmens: 1 2 3

Indicação:

Díálise NPP Medicação Monitorização UTI
Monitorização Centro Cirúrgico

Antes o Procedimento:

Conferir a identificação do paciente e explicar o procedimento

Higienização das mãos com clorexidina degermante 2%	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>
Degermação da pele com clorexidina degermante 2%	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>
Antissepsia da pele com clorexidina alcoolico 0,5%	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>

Durante o procedimento:

Luvas/Gorro/Máscara/Avental Cirurgico	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>
Campo Estereis Grandes	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>
Todo procedimento realizado com tecnica asséptica	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>

Após o procedimento:

Realização de curativo com gaze e micropore nas 24h iniciais	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>
RX foi checado e documentado	Sim <input type="checkbox"/>	Sim, após intervenção	<input type="checkbox"/>

Não conformidade, descreva: _____

Punção única: Sim Não Quantas? _____

Local da inserção:

Subclávia D Femoral D Jugular D
Subclávia E Femoral E Jugular E

Dificuldade:

Anatomia Material Sem dificuldades
Técnica Consentimento

Complicações:

Arritmia Hematoma local Sem complicações
Mau posicionamento Lesão Vascular Outras _____

Profissional auditor: _____ Carimbo: _____