

## Checklist - Inserção do Cateter Vesical de Demora (BUNDLE)

Código: HCF-SCIH-FOR-02

Revisão: 01

<b>Unidade Internação:</b>	<b>Leito:</b>	<b>Registro:</b>	<b>Data :</b> ___/___/___
<b>Horário:</b>			
<b>Nome do Paciente:</b>			
<b>Indicação do CVD</b>			
1. <input type="checkbox"/> Impossibilidade do paciente de urinar espontaneamente 2. <input type="checkbox"/> Instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização de débito urinário 3. <input type="checkbox"/> Pós operatório imediato ( ≤ 24h) / exceto cirurgia urológica 4. <input type="checkbox"/> Paciente sexo feminino com lesão por pressão grau IV com cicatrização comprometida pela urina 5. <input type="checkbox"/> Irrigação vesical por hematúria 6. <input type="checkbox"/> Medida de conforto em paciente no final de vida 7. <input type="checkbox"/> Outros Qual ?			
<b>Realização do procedimento de passagem de CVD</b>			
1. Higiene das mãos ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 2. Paramentado com EPIs ( gorro, máscara, óculos de proteção e luva de procedimento) o responsável pela passagem e o auxiliar ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 3. Realizado higiene íntima com água e sabão / sabonete ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 4. Retirada de luvas de procedimento e higienizado as mãos após realização da higiene íntima ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 5. Abertura de materiais com técnica asséptica? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 6. Calçado luva estéril em técnica asséptica? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 7. Utilizado campo estéril? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 8. Realizado antisepsia do meato uretral com <b>Clorexidina Aquosa 2%</b> , antes da passagem da sonda ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 9. Retirado a luva estéril e higienizado as mãos? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 10. Calçado novo par de luvas estéreis? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 11. Aplicado gel estéril ( uso único) na extremidade do cateter ( mulher)/ meato uretral (homem)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 12. A bolsa coletora foi conectada a sonda antes de iniciar o procedimento de inserção ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 13. A sonda foi fixada imediatamente após a finalização do procedimento de forma adequada? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 14. A passagem de sonda foi na primeira tentativa ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Quantas _____</span> 15. Identificação do procedimento na bolsa coletora? ( paciente, data, unidade internação) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span> 16. Abertura do "clamp"? Posicionado a bolsa coletora abaixo da bexiga do paciente? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</span>			
<b>Observação:</b>			
<b>Qual a categoria do profissional que realizou o procedimento?</b>		<input type="checkbox"/> Enfermeiro ou <input type="checkbox"/> Médico	
<b>Nome legível do profissional que realizou o procedimento:</b>			
<b>Assinatura e carimbo do profissional que realizou o preenchimento dos dados:</b>			