

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

Código: HCF-SCIH-FOR-02

Revisão: 01

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