|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CHECKLIST PARA PASSAGEM DE SONDA VESICAL** | | |
| **PACIENTE:** | | **PRONTUÁRIO:** |
| **UNIDADE:** | **LEITO:** | **DATA:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA:** |
| **INDICAÇÃO:** ( ) DEMORA ( ) ALÍVIO | | |
| **INDICAÇÃO DO CVD**  1. (\_\_\_) Impossibilidade do paciente de urinar espontaneamente;  2. (\_\_\_) Instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorizarão 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 antissepsia 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 | | |
| **CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O PREENCHIMENTO:**  **CARIMBO E ASSINATURA DO SCIH**  **CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O PROCEDIMENTO:** | | |