


Nome do Paciente:			
Idade: _____	Sexo: [] F [] M	Box/leito: _____	Unidade de Internação: _____
Nome do Responsável pela inserção CVC:			Data Inserção:
_____			____/____/____
Motivo da Inserção:			
1- Higienização das mãos antes da inserção do CVC? [] SIM [] NÃO			
2- Uso de Precauções de Barreira Máxima?			
Máscara? [] SIM [] NÃO	Gorro? [] SIM [] NÃO		
Luvas estéreis? [] SIM [] NÃO	Avental estéril? [] SIM [] NÃO		
Campo Duplo estéril cobrindo o paciente da cabeça aos pés?		[] SIM	[] NÃO
Porque não foi utilizado? [] Não havia no setor [] Não Havia no CME [] Recusa do Médico			
3- Preparo da Pele?		Clorexidina Alcoólica 2%? [] SIM [] NÃO	
4- A pele estava completamente seca antes da inserção do CVC? (Tempo > 2min após a antissepsia)?			
[] SIM [] NÃO			
5- Sítio de Inserção? [] Subclávia		[] Jugular	[] Femoral
6- Tipo de CVC? [] Monólúmen		[] Duplo-lúmen	[] Triplo Lúmen
7- Usou óculos de proteção? [] SIM [] NÃO			

Observações:

Assinatura do Enfermeiro/COREN

Enfermagem

	FORMULÁRIO – SCIH		
	CHECKLIST INSERÇÃO CVC		
	Código: F.HEC.013	Versão: 01	Revisão: 19/09/2023

AValiação de Retirada/Troca de Cateter Venoso Central:

1-Se inserção femoral, justificar	
2- Data da retirada do cateter	/ /
3- Data da troca do cateter	/ /
4- Motivo da troca	[<input type="checkbox"/>] Obstrução [<input type="checkbox"/>] Febre [<input type="checkbox"/>] Sinais Flogísticos
	[<input type="checkbox"/>] Término terapêutica [<input type="checkbox"/>] Piora clínica
	[<input type="checkbox"/>] Outro: _____

Assinatura do Médico/CRM

Médico