

Data: ____/____/____ Hora ____ Setor: ____

Nome Completo Do Paciente: _____

Nº Atendimento: _____ Data de Nascimento do Paciente: ____/____/____

MOTIVO

- Monitorização do volume urinário
- Obstrução do trato urinário
- Paciente com bexiga neurogênica e retenção urinária
- Cirurgia urológica ou outras cirurgias do sistema urinário
- Irrigação contínua

PROFISSIONAL

- Enfermeiro - Nome do profissional: _____
- Técnico Enfermagem – Nome do profissional: _____

CHECK LIST

Higienização das mãos antes e após do procedimento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Higienização íntima com clorexidina degermante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Manteve técnica asséptica na abertura dos materiais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Utilização de luvas estéreis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Utilização de campo estéril	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Assepsia da região peri – meato e meato uretral com clorexidina aquosa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Introdução da sonda em única oportunidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Insuflado o balão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Fixação da sonda correta (Sexo Masculino – Região supra púbica; Sexo Feminino – Face interna da Coxa)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Bolsa coletora ficou abaixo do nível da bexiga, sem contato com o chão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

OBSERVAÇÕES