

Cartão de confirmação de processo - CCP

PAV

Conceito de mudança: 1. Realizar a Higiene Oral diariamente		Conceito de mudança: 1. Realizar a Higiene Oral diariamente	
1. Foi realizada a higiene de mãos antes da higiene oral?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	1. Foi realizada a higiene de mãos antes da higiene oral?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
2. Realizou a escovação das superfícies dos dentes com a escova de dente OU espátula e gaze? OBS.: Na ausência de dentes NA ()	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	2. Realizou a escovação das superfícies dos dentes com a escova de dente OU espátula e gaze? OBS.: Na ausência de dentes NA ()	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
3. Realizou a limpeza das partes moles (palato, bochecha e língua) com espátula e gaze?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	3. Realizou a limpeza das partes moles (palato, bochecha e língua) com espátula e gaze?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
4. Realizou a limpeza do tubo e sondas após a higiene da cavidade oral?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	4. Realizou a limpeza do tubo e sondas após a higiene da cavidade oral?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
5. Realizou a aspiração da cavidade oral antes, durante e após o procedimento?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	5. Realizou a aspiração da cavidade oral antes, durante e após o procedimento?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
6. Realizou a higiene oral 03 vezes ao dia. OBS.: Verificar em registro ou prontuário	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	6. Realizou a higiene oral 03 vezes ao dia. OBS.: Verificar em registro ou prontuário	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pacote de Prevenção à PAV		Pacote de Prevenção à PAV	

<p style="text-align: center;">2. Manter a Cabeceira da cama elevada (30° - 45°) ★ <u>Verificar em paciente com indicação</u></p>	<p style="text-align: center;">2. Manter a Cabeceira da cama elevada (30° - 45°) ★ <u>Verificar em paciente com indicação</u></p>
<p>1. Existe um sistema de angulação padronizado na UTI? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Existe um sistema de angulação padronizado na UTI? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>
<p>2. O sistema para mensuração da angulação da cama está em um local de fácil visualização para todos? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>2. O sistema para mensuração da angulação da cama está em um local de fácil visualização para todos? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>
<p>3. A cabeceira está com o decúbito elevado de 30° a 45°? (Mesmo durante o banho ou higiene íntima) S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>3. A cabeceira está com o decúbito elevado de 30° a 45°? (Mesmo durante o banho ou higiene íntima) S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>
Pacote de Prevenção à PAV	Pacote de Prevenção à PAV

Conceito de mudança:
3. Evitar sedação profunda

1. Escala RASS está dentro do alvo (0 a -2) ou fora do alvo com justificativa?

S

N

JUSTIFICATIVAS PARA SEDAÇÃO FORA DO ALVO (RASS 0 A -2)

- Hipertensão intracraniana
- Uso de bloqueador neuromuscular
- Estado de mal convulsivo
- Hipotermia terapêutica
- Posição prona
- Relação PaO₂/FiO₂ < 100 se necessidade de sedação para oxigenação

Pacote de Prevenção à PAV

Conceito de mudança:
3. Evitar sedação profunda

1. Escala RASS está dentro do alvo (0 a -2) ou fora do alvo com justificativa?

S

N

JUSTIFICATIVAS PARA SEDAÇÃO FORA DO ALVO (RASS 0 A -2)

- Hipertensão intracraniana
- Uso de bloqueador neuromuscular
- Estado de mal convulsivo
- Hipotermia terapêutica
- Posição prona
- Relação PaO₂/FiO₂ < 100 se necessidade de sedação para oxigenação

Pacote de Prevenção à PAV

Conceito de mudança: ★ 4. Verificar diariamente possibilidade de extubação	Conceito de mudança: ★ 4. Verificar diariamente possibilidade de extubação
1. Possui registro em prontuário ou formulário da visita multidisciplinar sobre a possibilidade de desmame da ventilação mecânica? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	1. Possui registro em prontuário ou formulário da visita multidisciplinar sobre a possibilidade de desmame da ventilação mecânica? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
2. Existe registro que essa decisão foi baseada em Teste de Respiração Espontânea (TRE)? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	2. Existe registro que essa decisão foi baseada em Teste de Respiração Espontânea (TRE)? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Pacote de Prevenção à PAV	Pacote de Prevenção à PAV

<p>Conceito de mudança: 5. Manter a pressão do balonete da cânula traqueal entre 25 e 30 cmH₂O</p>	<p>Conceito de mudança: 5. Manter a pressão do balonete da cânula traqueal entre 25 e 30 cmH₂O</p>
<p>1. Foi realizado a higiene de mãos e limpeza do cuffometro antes da mensuração? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Foi realizado a higiene de mãos e limpeza do cuffometro antes da mensuração? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>
<p>2. A cabeceira da cama está elevada entre 30 a 45° para mensuração? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>2. A cabeceira da cama está elevada entre 30 a 45° para mensuração? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Durante a mensuração, a pressão foi ajustada para 25 a 30 cmH₂O ou 20-22 mmHg? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Caso o valor encontrado estiver 25 a 30 cmH₂O ou 20-22 mmHg N/A <input type="checkbox"/></p>	<p>3. Durante a mensuração, a pressão foi ajustada para 25 a 30 cmH₂O ou 20-22 mmHg? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Caso o valor encontrado estiver 25 a 30 cmH₂O ou 20-22 mmHg N/A <input type="checkbox"/></p>
<p>4. A pressão de cuff foi mensurada pelo menos 1x a cada 06 horas ? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Verificar em registro ou prontuário</p>	<p>4. A pressão de cuff foi mensurada pelo menos 1x a cada 06 horas ? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Verificar em registro ou prontuário</p>
<p>Responder somente se paciente estiver durante o banho no leito, higiene oral e fisioterapia: S <input type="checkbox"/> 5. A pressão de cuff foi mensurada antes e após mobilização do paciente (banho, higiene oral e fisioterapia) ? N <input type="checkbox"/></p>	<p>Responder somente se paciente estiver durante o banho no leito, higiene oral e fisioterapia: S <input type="checkbox"/> 5. A pressão de cuff foi mensurada antes e após mobilização do paciente (banho, higiene oral e fisioterapia) ? N <input type="checkbox"/></p>
<p>Pacote de Prevenção à PAV</p>	<p>Pacote de Prevenção à PAV</p>

Conceito de mudança: ★		Conceito de mudança: ★	
6. Manutenção do sistema de ventilação mecânica		6. Manutenção do sistema de ventilação mecânica	
1. O circuito de ventilação mecânica ou filtro está livre de sujidade aparente? (sangue ou secreção)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	1. O circuito de ventilação mecânica ou filtro está livre de sujidade aparente? (sangue ou secreção)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
2. O circuito de ventilação mecânica está livre de condensado?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	2. O circuito de ventilação mecânica está livre de condensado?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
3. O circuito está sem: acotovelamento, ruptura OU vazamentos nas conexões?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	3. O circuito esta sem: acotovelamento, ruptura OU vazamentos nas conexões?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
4. O posicionamento do circuito de ventilação mecânica está correto?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	4. O posicionamento do circuito de ventilação mecânica está correto?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Se em uso filtro HME e HMEF:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Se em uso filtro HME e HMEF:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
5. A troca do filtro HMEF está dentro do prazo de validade?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	5. A troca do filtro HMEF está dentro do prazo de validade?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Se em uso de base aquecida:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Se em uso de base aquecida:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
6. O copo está com o nível completo de água destilada?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	6. O copo está com o nível completo de água destilada?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Se em uso de base aquecida:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Se em uso de base aquecida:	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
7. O frasco de água destilada que está sendo utilizado para completar o copo está datado e no prazo de 24h?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	7. O frasco de água destilada que está sendo utilizado para completar o copo está datado e no prazo de 24h?	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pacote de Prevenção à PAV		Pacote de Prevenção à PAV	