**CHECKLIST – CATETERISMO VESICAL**

**DADOS DO PACIENTE**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prontuário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Data:** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**2. Hora**\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**3. Local da inserção:** ( ) Centro cirúrgico ( ) UTI ( ) Clínica Médica ( ) Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** **Nome do profissional responsável pela inserção**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Indicação do cateterismo:**

1. Retenção urinária sem condições de SVA (uso de opióides, HBP, uso de anticoagulante/antiagregante)
2. Monitorização de volume de diurese (IRA, SEPSE,EM USO DE DVA, USO DE SULFATO DE Mg)
3. Transoperatório (pacientes incontinentes, cirurgias longas, ginecológicas, urológicas)
4. Medida de conforto em pacientes em cuidados paliativos
5. Incontinência com lesão de pele (Lesão de pele, Enxerto de pele, Dermatite)
6. Irrigação por hematúria
7. Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Paciente tem fator de risco para complicações durante a cateterização? ( ) Não ( ) Sim**

 ( a ) Hiperplasia ou câncer de próstata e câncer de bexiga

 ( b ) História anterior de cateterização vesical difícil ou falso trajeto

 ( c ) Estenose de uretra conhecida

 ( d ) Não visualização da uretra (obesidade, vagina atrófica, fimose, hipospádia, prolapso vaginal)

 ( e ) Uso de anticoagulação plena ou trombolisado nas últimas 24 horas

 ( f ) Paciente com agitação psicomotora importante

 ( g ) Uso de esfíncter vesical artificial (acionar urologista para autorizar a inserção)

 ( g ) Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Tipo de cateterismo** ( ) Alívio ( ) Demora
2. **Uso de EPI (óculos, máscara e luvas)** ( ) Sim ( ) Não ( ) orientado
3. **Higienização das mãos antes** ( ) Sim ( ) Não ( ) orientado
4. **Higiene íntima com clorexidina degermante** ( ) Sim ( ) Não ( ) Alergia
5. **Higienização das mãos novamente** ( ) Sim ( ) Não ( ) orientado
6. **Abertura do material com técnica asséptica** ( ) Sim ( ) Não ( ) orientado
7. **Conexão do cateter ao coletor e teste do balão** ( ) Sim ( ) Não ( ) SVA
8. **Antissepsia com clorexidina aquosa** ( ) Sim ( ) Não ( ) Alergia
9. **Introdução da sonda em única oportunidade** ( ) Sim ( ) Não ( ) Trocado cateter
10. **Higiene das mãos após** ( ) Sim ( ) Não ( ) orientado
11. **Registro da inserção no prontuário** ( ) Sim ( ) Não ( ) orientado

**TODO O PROCEDIMENTO FOI REALIZADO COM TÉCNICA ASSÉPTICA E DESCRITO NO PRONTUÁRIO.**

**OBSERVAÇÕES OU INTERVENÇÕES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Observação realizada por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **CHECK LIST SONDAGEM VESICAL**

## NOME:

|  |
| --- |
| DATA DE INTERNAÇÃO: / / DIAGNÓSTICO: PLANTÃO: ( ) SD ( ) SN |
| DATA DO PROCEDIMENTO: / / **Procedimento realizado por:** ( )ENFERMEIRO ( ) OUTROS  |
| **Indicação :** ( )Monitorização Volume Urinário ( ) Obstrução do Tratao Urinário ( ) Retenção Urinária ( ) Irrigação contínua / intermitente ( ) Conforto ao paciente terminal |

**Tipo de Sonda :** ( ) SVA ( ) SVD silicone 2 vias nº

## ( ) SVD látex 2 vias nº

**Foi realizado higienização das mãos?** ( ) SIM ( ) NÃO

( ) SVD silicone 3 vias nº ( ) SVD látex 3 vias nº

# Foi realizado higiene íntima com água e sabão antes da passagem? ( ) SIM ( ) NÃO

**Foi realizada técnica asséptica na abertura dos materiais?** ( ) SIM ( ) NÃO

**Foi realizada conexão da sonda ao coletor?** ( ) SIM ( ) NÃO

**Foi realizado teste do balonete?** ( ) SIM ( ) NÃO

**Foi realizado introdução da sonda em uma única tentativa?** ( ) SIM ( ) NÃO

**Foi insuflado o balão?** ( ) SIM ( ) NÃO

# Fixação da Sonda realizada na região:

**Foi feita anti-sepsia com:** ( ) PVPI Tópico ( ) Clorexidina aquosa ( ) Outro:

**Foi utilizado:** ( ) Luva estéril ( ) Campo estéril ( ) Máscara ( ) Gorro ( ) Avental estéril ( ) Óculos

|  |  |
| --- | --- |
| **Complicações decorrentes da sonda**: ( ) Luva estéril | **Observações:**  |
| ( ) Campo estéril |  |
|  |
| ( ) Máscara |
|  |  |
| ( )  |
|  |

**Passado a sonda por:**

**Procedimento avaliado por:**

Ass/ Carimbo:

Ass/ Carimbo:

### FICHA DE AVALIAÇÃO – INSERÇÃO DE CATETER VESICAL DE DEMORA – CHECKLIST

|  |
| --- |
| **Unidade da passagem do CVD: Data: / /**   |
| Profissional que passou CVD: Profissional que auxiliou: Urgência / Emergência: ( ) Sim ( ) NãoIndicação de Inserção de CVD:  |
| **HIGIENE DAS MÃOS ANTES DO PROCEDIMENTO** |
| Higienização das mãos do profissional?: ( ) Sim ( ) NãoHigienização das mãos do auxiliar?: ( ) Sim ( ) Não |
| **PARAMENTAÇÃO PARA INSERÇÃO DO CATETER VESICAL DE DEMORA** |
| Paramentação p/ inserção (durante a passagem): ( ) Máscara descartável ( ) Luva de procedimento( ) Luva estéril ( ) Óculos de proteção individual |
| **PREPARO DA PELE – SÍTIO DE INSERÇÃO** |
| Higienização (Higiene íntima) do paciente com água e sabão?: ( ) Sim ( ) NãoAnti-sepsia do meato uretral do paciente com Clorexidine Tópico ou PVPI Tópico?: ( ) Sim ( ) Não |
| **INSERÇÃO DO CATETER VESICAL DE DEMORA** |
| Retirada da luva de procedimento e higienização das mãos: ( ) Sim ( ) Não Colocado campo estéril próximo a região perineal do paciente?: ( ) Sim ( ) Não Materiais foram abertos e colocados sobre o campo estéril?: ( ) Sim ( ) Não Calçado luvas estéreis?: ( ) Sim ( ) NãoConectado o sistema coletor na sonda e colocado sobre o campo?: ( ) Sim ( ) Não Lubrificação da extremidade da sonda (mulheres)/do meato uretral (homens) com Xylocaína gel?: ( ) Sim ( ) NãoRealizado antissepsia do meato uretral, utilizando pinça com gaze embebida em Clorexidine Tópico ou PVPI Tópico?: ( ) Sim ( ) NãoHouve contaminação na passagem do CVD? (quebra da técnica asséptica):( ) Não ( ) Sim.Especificar: Houve complicação na passagem do CVD? ( ) Não ( ) Sim. Especificar: Foi fixado o CVD?: Mulheres – Face interna da coxa? ( ) Sim ( ) NãoHomens – Região supra-púbica? ( ) Sim ( )NãoPosicionado a bolsa coletora abaixo da cintura do paciente?: ( ) Sim ( ) Não Colocado o saco coletor graduado descartável p/ proteger a bolsa coletora?: ( ) Sim ( ) Não |
| Higienização das mãos após o procedimento? ( ) Sim ( )Não |
| ***Para maiores informações sobre o procedimento: utilize o verso desta folha*** |
| ***Responsável pelo preenchimento:***   |

**Preenchimento exclusivo do SCIH:**

* Adesão ao Bundle de Cateter Vesical de Demora (só será todo conforme se **TODOS** os itens forem conformes):

***Orientações sobre a passagem de cateter vesical de demora***

Colocar a etiqueta com nome do paciente no canto superior da folha, nome da unidade onde está sendo realizado o procedimento, data da inserção do CVD, nome do médico e nome e categoria do profissional que auxiliou o médico.

* 1. ***Assinalar como urgência/ emergência os casos que o paciente está em risco de morte e não houve tempo para preparação do mesmo e da equipe;***

### Indicação de Inserção de CVD: escrever por qual razão o profissional está passando o cateter que está sendo observado.

* 1. ***Recomenda-se que o profissional realize a higienização das mãos antes da realização do procedimento. Assinalar “sim” se o profissional realizar a higienização das mãos antes do procedimento;***
	2. ***Recomenda-se que o profissional que auxiliou o Enfermeiro/ Médico realize a higiene das mãos. Assinalar “sim” apenas se o profissional que auxiliou o Enfermeiro/ Médico higienizar as mãos antes do procedimento;***
	3. ***Recomenda-se o uso de máscara descartável, luva de procedimento, luva estéril, avental descartável e óculos de proteção individual. Assinalar os itens utilizados pelo Enfermeiro/ Médico para inserção do CVD.***
	4. ***Recomenda-se que o campo estéril seja aberto próximo a região perineal do paciente;***
	5. ***Recomenda-se que seja realizada a limpeza da pele do paciente com água e sabão e secar.***

Assinalar se a limpeza foi realizada, se não foi justificar o motivo;

* 1. ***Recomenda-se realizar a anti-sepsia da pele do paciente com clorexidina aquosa ou PVPI tópico e aguardar secar. Assinalar se a anti-sepsia foi realizada, caso não seja utilizada, justificar o motivo;***
	2. ***Assinalar “sim” apenas se houver quebra da técnica (ex. contaminação do material, do campo estéril, caiu algum objeto no campo);***
	3. ***Assinalar “sim” apenas se houver complicações na passagem (ex. tentativas de passagem de CVD, condições do paciente) e descrever a circunstância;***
	4. ***Recomenda-se a fixação do CVD na região supra-púbica no homem e na face lateral interna da coxa na mulher.***
	5. ***Assinalar se realizou a higiene das mãos após o procedimento.***

Assinalar o responsável pelo preenchimento.