 **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 |
|  |  |
| ( ) |
|  |

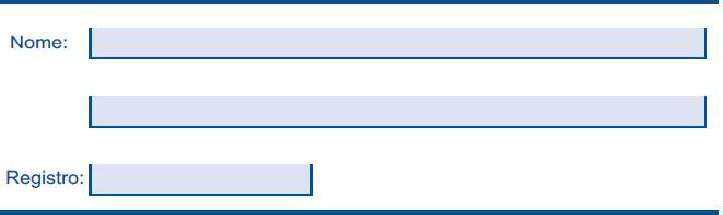
**Passado a sonda por:**

**Procedimento avaliado por:**

Ass/ Carimbo:

Ass/ Carimbo:

CHECKLIST – INSERÇÃO DE CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD)



**Paciente: Unidade: Registro: Leito: Data da inserção: \_ / / Responsável pelo preenchimento: \_** **Médico responsável pelo procedimento:**  **Diagnostico:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CARACTERIZAÇÃO  **Tipo de dispositivo:**  **( )** Cateter Vesical de Demora (látex) ( ) Cateter Vesical Intermitente  ( ) Cateter Vesical de Demora (silicone) ( ) Outro  **Local de inserção do dispositivo:**  ( ) Supra púbica ( ) Meato urinário  **Motivo da inserção:**  ( ) Eletiva ( ) Emergência ( ) Substituição ( ) Outro | | |
| PRÉ – PROCEDIMENTO | Sim | Não |
| Higienização das mãos imediatamente antes do procedimento |  |  |
| Higiene do períneo com clorexidina degermante ou aquosa a 2% |  |  |
| Uso de campo estéril ou compressa cobrindo o períneo todo. |  |  |
| Uso de campo estéril auxiliar para expor todo material estéril |  |  |
| Conectar o coletor sistema fechado a sonda |  |  |
| DURANTE O PROCEDIMENTO | Sim | Não |
| Uso de gorro, máscara e óculos de proteção. |  |  |
| Uso de luva de procedimento estéril. |  |  |
| Manutenção de prática asséptica. |  |  |
| APÓS O PROCEDIMENTO | Sim | Não |
| Manutenção de técnica asséptica para coletar exame de urina. |  |  |
| Registro da data no prontuário. |  |  |

**Observação:**

**Assinatura e carimbo da enfermagem**

**Assinatura e carimbo do médico**

### 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 ( ) Não  Indicação de Inserção de CVD: |
| **HIGIENE DAS MÃOS ANTES DO PROCEDIMENTO** |
| Higienização das mãos do profissional?: ( ) Sim ( ) Não  Higienização 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 ( ) Não  Anti-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 ( ) Não  Conectado 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 ( ) Não  Realizado antissepsia do meato uretral, utilizando pinça com gaze embebida em Clorexidine Tópico ou PVPI Tópico?: ( ) Sim ( ) Não  Houve 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 ( ) Não  Homens – Região supra-púbica? ( ) Sim ( )  Não  Posicionado 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.

# FICHA DE ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD) – FORMULÁRIO DE COLETA: ADESÃO SIM (S) OU NÃO (N) OU NÃO OBSERVADO (NO)

**SETOR:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **NOME DO PACIENTE** | **ITUCV 3a** | | | | | | **ITUCV 3b** | | | | | | **ADESÃO AO BUNDLE DE INSERÇÃO DE CVD (0 SE HOUVER ITEM NÃO**  **CONFORME, 1 SE TODOS OS ITENS FOREM**  **CONFORMES)** | | | | **ASSINATURA DO**  **RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO** |
| **INDICAR O USO DE CVD APENAS QUANDO FOR APROPRIADO** | | | | | | **CUMPRIR A TÉCNICA ASSÉPTICA NA**  **INSERÇÃO DE CATETER VESICAL** | | | | | |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
|  |  | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **S (** | **)** | **N (** | **)** | **NO (** | **)** | **1 (** | **)** | **0 (** | **)** |  |
| **SOMA (NUMERADOR)** | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| **NÚMERO DE OBSERV. (DENOMINADOR)** | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  |



# INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À CVD – ITUCV INDICADOR DE RESULTADO E PROCESSO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bundle de Inserção** | **Conceito de Mudança** | **Mudanças** |
|  |  |  |
| **ITUCV 3a** | Indicar o uso de cateter vesical apenas quando for apropriado. | * Desenvolver critérios para indicação de inserção apropriada de cateter vesical. * Considerar alternativas à inserção do cateter urinário e documentar a   alternativa.   * Garantir uma seleção adequada de alternativas a cateteres (condom, fraldas, papagaio/comadre). * Documentar o motivo clínico da inserção. * Selecionar o tipo de cateter apropriado e o calibre correto para cada indicação. |
|  |  |  |
| **ITUCV 3b** | Cumprir a técnica asséptica na inserção do cateter vesical. | * Assegurar o uso de técnica correta de inserção de cateter vesical. |

## *Bundle* de Inserção de Cateter Vesical de Demora

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidade: Leito:  Nome do Paciente: SAME: Data de Nascimento: | | | | |
|  | | **ITUCV3a** | **ITUCV3b** | **ITUCV3** |
| Data | Turno | Indicar o uso de cateter vesical apenas quando for apropriado | Cumprir a técnica asséptica na inserção de cateter vesical | Adesão ao *bundle* de inserção de cateter  vesical de demora |
|  | M ( ) |  |  |  |
| T ( ) |  |  |  |
| N ( ) |  |  |  |
|  | M ( ) |  |  |  |
| T ( ) |  |  |  |
| N ( ) |  |  |  |
|  | M ( ) |  |  |  |
| T ( ) |  |  |  |
| N ( ) |  |  |  |
|  | M ( ) |  |  |  |
| T ( ) |  |  |  |
| N ( ) |  |  |  |
|  | M ( ) |  |  |  |
| T ( ) |  |  |  |
| N ( ) |  |  |  |
|  | M ( ) |  |  |  |
| T ( ) |  |  |  |
| N ( ) |  |  |  |
|  | M ( ) |  |  |  |
| T ( ) |  |  |  |
| N ( ) |  |  |  |
|  | | Legendas: Sim (**1**) Não (**0**) Não Observado (**x**) Não Indicado (●) | | 1. Se houver item **NÃO CONFORME** 2. Se **TODOS** os itens forem conformes |

Periodicidade: sempre que for realizado inserção de cateter vesical de demora. POP PRGER E76

|  |  |
| --- | --- |
| **ITUCV3a** | **ITUCV3b** |
| Indicar o uso de cateter vesical apenas quando for apropriado | Cumprir a técnica asséptica na inserção de cateter vesical |
| * considerar alternativas à inserção de cateter vesical e documentá-la no prontuário; * garantir uma seleção adequada de alternativas a cateteres (uripem, fraldas, papagaio/comadre); * documentar o motivo clínico da inserção da sonda vesical; * selecionar o tipo de cateter apropriado e o calibre correto para cada indicação. | - assegurar o uso da técnica correta de inserção de cateter vesical seguindo o POP PRGER E76. |