

<p>Conceito de mudança: 1. Avaliar os critérios de ventilação mecânica invasiva (Apenas para pacientes intubados na UTI)</p> <p>1. Há registro de avaliação da possibilidade de uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI), como estratégia para evitar intubação?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>Obs: Na ausência de novos pacientes intubados / sob Ventilação Mecânica - NA <input type="checkbox"/></p>	<p>Conceito de mudança: 1. Avaliar os critérios de ventilação mecânica invasiva (Apenas para pacientes intubados na UTI)</p> <p>1. Há registro de avaliação da possibilidade de uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI), como estratégia para evitar intubação?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>Obs: Na ausência de novos pacientes intubados / sob Ventilação Mecânica - NA <input type="checkbox"/></p>
<p>Pacote de Cuidados PAV - Pediatria</p>	<p>Pacote de Cuidados PAV - Pediatria</p>

<p>Conceito de mudança: 2. Realizar a higiene oral diariamente</p> <p>1. Foi realizada a higiene de mãos antes de colocar os EPI e iniciar procedimento?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>2. Realizou a escovação das superfície dos dentes com a escova de dente OU espátula e gaze?</p> <p>OBS.: Na ausência de dentes - NA <input type="checkbox"/></p> <p>3. Realizou a limpeza das partes moles (palato, bochecha e língua) com espátula e gaze?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>4. Realizou a limpeza do tubo e sondas após a higiene da cavidade oral?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>5. Em caso de presença de secreção ou sialorreia, realizou a aspiração da cavidade oral antes, durante e após o procedimento?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>6. Há registro em prontuário da higiene oral 3x ao dia?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>	<p>Conceito de mudança: 2. Realizar a higiene oral diariamente</p> <p>1. Foi realizada a higiene de mãos antes de colocar os EPI e iniciar procedimento?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>2. Realizou a escovação das superfície dos dentes com a escova de dente OU espátula e gaze?</p> <p>OBS.: Na ausência de dentes - NA <input type="checkbox"/></p> <p>3. Realizou a limpeza das partes moles (palato, bochecha e língua) com espátula e gaze?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>4. Realizou a limpeza do tubo e sondas após a higiene da cavidade oral?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>5. Em caso de presença de secreção ou sialorreia, realizou a aspiração da cavidade oral antes, durante e após o procedimento?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>6. Há registro em prontuário da higiene oral 3x ao dia?</p> <p>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>
<p>Pacote de Cuidados PAV - Pediatria</p>	<p>Pacote de Cuidados PAV - Pediatria</p>

<p>Conceito de mudança: 3. Manter posicionamento adequado conforme população atendida</p>	★	<p>Conceito de mudança: 3. Manter posicionamento adequado conforme população atendida</p>	★
<p>1. O sistema para mensuração da angulação da incubadora, berço aquecido ou cama está em um local de fácil visualização para todos?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>1. O sistema para mensuração da angulação da incubadora, berço aquecido ou cama está em um local de fácil visualização para todos?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<p>2. A cabeceira está com o decúbito elevado? Considere adequado conforme população atendida.</p> <p>a. se berço comum ou cama : 30° a 45° b. se incubadora ou berço aquecido: seu limite máximo.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>2. A cabeceira está com o decúbito elevado? Considere adequado conforme população atendida.</p> <p>a. se berço comum ou cama : 30° a 45° b. se incubadora ou berço aquecido: seu limite máximo.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Pacote de Cuidados PAV - Pediatria

Pacote de Cuidados PAV - Pediatria

<p>Conceito de mudança: 4. Adequar nível de sedação e analgesia</p>	★	<p>Conceito de mudança: 4. Adequar nível de sedação e analgesia</p>	★
<p>1. Há registro em prontuário do nível de sedação segundo escala padronizada conforme população atendida?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>1. Há registro em prontuário do nível de sedação segundo escala padronizada conforme população atendida?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<p>2. A sedação está dentro do alvo, conforme escala utilizada ou fora do alvo com registro de justificativa em prontuário?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>2. A sedação está dentro do alvo, conforme escala utilizada ou fora do alvo com registro de justificativa em prontuário?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Justificativas para sedação fora do alvo:

- Patologias Cirúrgicas.
- Membrana extracorpórea (ECMO).
- Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) - quadro pulmonares graves.
- Traumas Cranioencefálicos graves

Justificativas para sedação fora do alvo:

- Patologias Cirúrgicas.
- Membrana extracorpórea (ECMO).
- Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) - quadro pulmonares graves.
- Traumas Cranioencefálicos graves

Pacote de Cuidados PAV - Pediatria

Pacote de Cuidados PAV - Pediatria

<p>Conceito de mudança: 5. Verificar diariamente possibilidade de extubação</p> <p>1. Possui registro em prontuário ou formulário da visita multidisciplinar sobre a possibilidade de desmame da ventilação mecânica?</p>		<p>Conceito de mudança: 5. Verificar diariamente possibilidade de extubação</p> <p>1. Possui registro em prontuário ou formulário da visita multidisciplinar sobre a possibilidade de desmame da ventilação mecânica?</p>	
Pacote de Cuidados PAV - Pediatria			Pacote de Cuidados PAV - Pediatria

<p>Conceito de mudança: 6. Seleção e manutenção do tubo endotraqueal</p> <p><u>Esse cartão NÃO se aplica a pacientes intubados com cânula SEM cuff</u></p> <p>1. A cabeceira da cama está em decúbito elevado, segundo população atendida?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>Conceito de mudança: 6. Seleção e manutenção do tubo endotraqueal</p> <p><u>Esse cartão NÃO se aplica a pacientes intubados com cânula SEM cuff</u></p> <p>1. A cabeceira da cama está em decúbito elevado, segundo população atendida?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<p>2. Foi realizada a limpeza do cufômetro antes da verificação?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>2. Foi realizada a limpeza do cufômetro antes da verificação?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<p>3. Foi realizada a higiene de mãos antes de colocar os EPI e iniciar procedimento?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>3. Foi realizada a higiene de mãos antes de colocar os EPI e iniciar procedimento?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<p>4. Durante a monitorização, a pressão foi ajustada para 15 -25 cmH₂O ou 10-18 mmHg?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>4. Durante a monitorização, a pressão foi ajustada para 15 -25 cmH₂O ou 10-18 mmHg?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<p>5. A pressão do cuff foi mensurada e registrada em prontuário 3x/dia?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<p>5. A pressão do cuff foi mensurada e registrada em prontuário 3x/dia?</p>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Pacote de Cuidados PAV - Pediatria			Pacote de Cuidados PAV - Pediatria

<p>Conceito de mudança: 7. Manutenção do sistema de ventilação mecânica</p>	★	<p>Conceito de mudança: 7. Manutenção do sistema de ventilação mecânica</p>	★
1. O circuito de ventilação mecânica ou filtro está livre de sujidade aparente? (sangue ou secreção)?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	1. O circuito de ventilação mecânica ou filtro está livre de sujidade aparente? (sangue ou secreção)?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2. O circuito de ventilação mecânica está com mínimo de condensado (gotículas/névoa)?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	2. O circuito de ventilação mecânica está com mínimo de condensado (gotículas/névoa)?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3. O circuito está íntegro, sem: acotovelamento, ruptura OU vazamentos nas conexões?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	3. O circuito está íntegro, sem: acotovelamento, ruptura OU vazamentos nas conexões?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4. O circuito de ventilação mecânica está posicionado para reduzir ao máximo o condensado e evitar tração do tubo?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	4. O circuito de ventilação mecânica está posicionado para reduzir ao máximo o condensado e evitar tração do tubo?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
5. Se em uso filtro HME ou HMEF: <input type="checkbox"/> A troca do filtro HME ou HMEF está dentro do prazo de validade? OU Se em uso de base aquecida: <input type="checkbox"/> O copo está entre o nível mínimo e máximo de água destilada, e o frasco com data de troca na validade?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	5. Se em uso filtro HME ou HMEF: <input type="checkbox"/> A troca do filtro HME ou HMEF está dentro do prazo de validade? OU Se em uso de base aquecida: <input type="checkbox"/> O copo está entre o nível mínimo e máximo de água destilada, e o frasco com data de troca na validade?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Pacote de Cuidados PAV - Pediatria	Pacote de Cuidados PAV - Pediatria		

<p>Conceito de mudança: 8. Manter ou melhorar o condicionamento físico</p>	★	<p>Conceito de mudança: 8. Manter ou melhorar o condicionamento físico</p>	★
1. Há registro que foi estabelecida meta diária para a mobilização precoce do paciente?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	1. Há registro que foi estabelecida meta diária para a mobilização precoce do paciente?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2. Há registro que a mobilidade do paciente foi avaliada através de aplicação de escala?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	2. Há registro que a mobilidade do paciente foi avaliada através de aplicação de escala?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Pacote de Cuidados PAV - Pediatria	Pacote de Cuidados PAV - Pediatria		