

**ADESÃO MENSAL AO PACOTE DE PREVENÇÃO A PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)**

| PACOTE  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | C | NC | NA |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|--|--|
| 1. Avaliar os critérios de ventilação mecânica invasiva       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |
| 2. Realizar higiene oral diariamente                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |
| 3. Manter posicionamento adequado conforme população atendida |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |
| 4. Adequar nível de sedação e analgesia                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |
| 5. Verificar diariamente a possibilidade de extubação         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |
| 6. Seleção e manutenção do tubo endotraqueal                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |
| 7. Manutenção do sistema de ventilação mecânica               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |
| 8. Manter ou melhorar o condicionamento físico                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |  |  |

Mês de Referência \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:**

- C de conformidade quando a adesão ao pacote estiver OK.
- NC de não conformidade quando NÃO houve adesão ao pacote.
- NA quando não houver paciente no dia com o dispositivo
- Deixar sem preencher quando não houve observação.