



Hospital do Tricentenário

CHECK LIST DIÁRIO DE PREVENÇÃO DAS IRAS



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Responsável: _____
Data: ____/____/____

SETOR: _____
PACIENTE: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
NOME DA MÃE: _____

'BUNDLE' de prevenção de infecção de corrente sanguínea associada ao CATETER PERIFÉRICO

Curativo estéril totalmente aderido à pele?	() SIM () NÃO () NA	Curativo estéril totalmente aderido à pele?	() SIM () NÃO () NA
Curativo permite visualização?	() SIM () NÃO () NA	Curativo permite visualização?	() SIM () NÃO () NA
Curativo limpo e seco?	() SIM () NÃO () NA	Curativo limpo e seco?	() SIM () NÃO () NA
Inserção sem sinais flogísticos	() SIM () NÃO () NA	Inserção sem sinais flogísticos?	() SIM () NÃO () NA
Curativo com data de troca?	() SIM () NÃO () NA	Curativo com data de troca?	() SIM () NÃO () NA
Dispositivos sem resíduo de sangue?	() SIM () NÃO () NA	Dispositivos sem resíduos de sangue?	() SIM () NÃO () NA
Dispositivos com data de instalação?	() SIM () NÃO () NA	Dispositivos com data de instalação?	() SIM () NÃO () NA
Curativo e disp. na data validade?	() SIM () NÃO () NA	Curativo e disp. na data de validade?	() SIM () NÃO () NA

'BUNDLE' de prevenção de infecção de corrente sanguínea associada ao CATETER CENTRAL

Curativo estéril totalmente aderido à pele?	() SIM () NÃO () NA	Curativo estéril totalmente aderido à pele?	() SIM () NÃO () NA
Curativo permite visualização?	() SIM () NÃO () NA	Curativo permite visualização?	() SIM () NÃO () NA
Curativo limpo e seco?	() SIM () NÃO () NA	Curativo limpo e seco?	() SIM () NÃO () NA
Inserção sem sinais flogísticos	() SIM () NÃO () NA	Inserção sem sinais flogísticos?	() SIM () NÃO () NA
Curativo com data de troca?	() SIM () NÃO () NA	Curativo com data de troca?	() SIM () NÃO () NA
Dispositivos sem resíduo de sangue?	() SIM () NÃO () NA	Dispositivos sem resíduos de sangue?	() SIM () NÃO () NA
Dispositivos com data de instalação?	() SIM () NÃO () NA	Dispositivos com data de instalação?	() SIM () NÃO () NA
Curativo e disp. na data validade?	() SIM () NÃO () NA	Curativo e disp. na data de validade?	() SIM () NÃO () NA

Paciente: _____ Paciente: _____

'BUNDLE' de prevenção de PAV

- Cavidade oral limpa? () SIM () NÃO () NA
- Higiene oral realizada com clorexidina? () SIM () NÃO () NA
- Presença de filtro higroscópico? () SIM () NÃO () NA
- Condensado no circuito? () SIM () NÃO () NA
- Cabeceira elevada a 30° a 45°? () SIM () NÃO () NA
- A fixação do tubo está adequada? () SIM () NÃO () NA
- Mensurada a pressão do cuff? () SIM () NÃO () NA
- Cavidade oral limpa? () SIM () NÃO () NA
- Higiene oral realizada com clorexidina? () SIM () NÃO () NA
- Presença de filtro higroscópico? () SIM () NÃO () NA
- Condensado no circuito? () SIM () NÃO () NA
- Cabeceira elevada a 30° a 45°? () SIM () NÃO () NA
- A fixação do tubo está adequada? () SIM () NÃO () NA
- Mensurada a pressão do cuff? () SIM () NÃO () NA

'BUNDLE' de prevenção de ITU relacionada a SONDA VESICAL

- Região íntima higienizada? () SIM () NÃO () NA
- Fixação da SVD adequada? () SIM () NÃO () NA
- Coletor abaixo da cintura e sem contato com o chão? () SIM () NÃO () NA
- Região íntima higienizada? () SIM () NÃO () NA
- Fixação da SVD adequada? () SIM () NÃO () NA
- Coletor abaixo da cintura e sem contato com o chão? () SIM () NÃO () NA

OBSERVAÇÕES: _____

Responsável CCIH

Representante Setor