



Inserção de Cateter Central – Check List

Unidade da passagem do cateter: _____ Data: ____/____/____

Paciente: _____

Médico: _____ Auxiliar: _____

1. Urgência/Emergência: () Sim () Não
2. Local da Passagem: () V. Subclávia () Jugular () Femoral () Umbilical ()
outro _____
Se cateter Femoral, qual indicação?

3. Higiene das mãos (médico): () Sim () Não
4. Utilização de EPI (médico) :
() gorro () máscara () avental estéril de manga longa () luvas estéreis
() óculos de proteção
5. Higiene das mãos (auxiliar): () Sim () Não
6. Utilização de EPI (auxiliar):
() gorro () máscara () avental estéril de manga longa () luvas estéreis
() óculos de proteção
7. Campo estéril ampliado (coberto cabeça aos pés): () Sim () Não
8. Degermação da pele do paciente com clorexidina degermante (se necessário)
() Sim () Não
9. Antissepsia da pele do paciente com clorexidina alcoólica () Sim () Não
10. Curativo: gaze e fita adesiva () cobertura transparente () sem curativo
11. Houve quebra da técnica asséptica () Sim () Não
12. Houve complicação no procedimento () Sim () Não
13. Utilizado carrinho/kit disponível: () Sim () Não

Conforme () Não Conforme ()

Observações:

Responsável pela auditoria: _____