



Manutenção de Cateter Central – Check List

Unidade: _____ Data: ____/____/____

Paciente: _____

1. Local do Cateter: () V. Subclávia () Jugular () Femoral Umbilical ()
() outro _____

Indicação da permanência:

2. Inspeção visual (presença de sangue, aderência, umidade):

() Adequado () Inadequado () Não observado

3. Data do curativo :

() Adequado () Inadequado () Não Observado

4. Data dos equipos e dispositivos complementares (de acordo com tipo de infusão):

() Adequado () Inadequado () Não Observado

5. Banho diário de acordo com o protocolo (uso de antisséptico):

() Adequado () Inadequado () Não Observado

Observações:

Conforme () Não Conforme ()

Responsável pela auditoria: _____