

CHECK LIST DIÁRIO DE PREVENÇÃO DAS IRAS

RESPONSÁVEL: _____ DATA: ____/____/____

SETOR:		SETOR:	
PACIENTE:		PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:		DATA DE NASCIMENTO:	
NOME DA MÃE:		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 resíduos 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 dispositivo na data de validade?	() SIM () NÃO () NA	Curativo e dispositivo na data de validade?	() SIM () NÃO () NA
"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 resíduos 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 dispositivo na data de validade?	() SIM () NÃO () NA	Curativo e dispositivo na data de validade?	() SIM () NÃO () NA
PACIENTE:		PACIENTE:	
"BUNDLE" DE PREVENÇÃO DE PAV			
Cavidade oral limpa?	() SIM () NÃO () NA	Cavidade oral limpa?	() SIM () NÃO () NA
Higiene oral realizada com clorexidina?	() SIM () NÃO () NA	Higiene oral realizada com clorexidina?	() SIM () NÃO () NA
Presença de filtro higroscópio?	() SIM () NÃO () NA	Presença de filtro higroscópio?	() SIM () NÃO () NA
Condensado no circuito?	() SIM () NÃO () NA	Condensado no circuito?	() SIM () NÃO () NA
A fixação do tubo está adequado?	() SIM () NÃO () NA	A fixação do tubo está adequado?	() SIM () NÃO () NA
Mensurada a pressão do cuff?	() 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	Região íntima higienizada?	() SIM () NÃO () NA
Fixação da SVD adequada?	() SIM () NÃO () NA	Fixação da SVD adequada?	() SIM () NÃO () NA
Coletor abaixo da cintura e sem contato com chão	() SIM () NÃO () NA	Coletor abaixo da cintura e sem contato com chão	() SIM () NÃO () NA

OBSERVAÇÕES: _____

Responsável pelo paciente

Responsável pelo setor