



PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ SES: \_\_\_\_\_  
MÊS: \_\_\_\_\_ Data da instalação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## IPCS – BUNDLE DE MANUTENÇÃO DO CVC

[illegible]



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA  
**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ SES: \_\_\_\_\_  
MÊS: \_\_\_\_\_ Data da instalação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### LEGENDAS

C- Conforme

NC – Não conforme

NA – Não se aplica

TC – Total de conformidades

CVC – Cateter venoso central

NPT – Nutrição parenteral total

M, T, N – manhã, tarde, noite



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA  
**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ SES: \_\_\_\_\_  
MÊS: \_\_\_\_\_ Data da instalação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ITU - BUNDLE DE MANUTENÇÃO – SVD

MEDIDAS	Turno	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T C
1-Avaliar a necessidade de permanência da SVD	M																																
2-Manter sistema de drenagem fechada	M																																
3-Higienizar as mãos antes e após tocar no sistema de drenagem	M																																
	T																																
	N																																
4-Manter bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão	M																																
	N																																
5-Manter fluxo de urina livre	M																																
	N																																
6-Esvaziar a bolsa coletora quando estiver cm 2/3 de sua capacidade	M																																
	N																																
7-Fixação segura do sistema coletor	M																																
	N																																
8-Realizar higiene diária do meato uretral	M																																
	N																																

### LEGENDAS

C- Conforme

NC – Não conforme

NA – Não se aplica

TC – Total de conformidades

CVC – Cateter venoso central

NPT – Nutrição parenteral total

M, T, N – manhã, tarde, noite

\*Preencher apenas na data da colocação ou troca do dispositivo. Nos demais dias anotar NA.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA  
**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ SES: \_\_\_\_\_  
MÊS: \_\_\_\_\_ Data da instalação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## BUNDLE PAV

MEDIDAS	Turno	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TC
1-Elevação de cabeceira 30 – 45°	M																																
	N																																
2-Higiêne oral 3x ao dia	8:00																																
	14:00																																
	20:00																																
3- Realizar redução da sedação	M																																
4- Despertar diário	M																																
5- Verificar diariamente a possibilidade de extubação (TER)	M																																
6- Manter a pressão do Cuff entre 25 e 30 cm H2O	M																																
	T																																
7- Manter o sistema de ventilação mecânica conforme recomendações vigentes	M																																
8- Profilaxia para úlcera péptica	M																																
9- Profilaxia para TVP	M																																

### LEGENDAS

C- Conforme

NC – Não conforme

NA – Não se aplica

TC – Total de conformidades

CVC – Cateter venoso central

NPT – Nutrição parenteral total

M, T, N – manhã, tarde, noite



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA  
**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ SES: \_\_\_\_\_  
MÊS: \_\_\_\_\_ Data da instalação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_