



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUL
DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA



CHECKLIST PARA PASSAGEM DE CATETERISMO URINÁRIO DE DEMORA

PACIENTE: _____ LEITO: _____
Nº SES: _____ DATA: ____/____/____

PROFISSIONAL EXECUTANTE

ENFERMEIRO: _____ PROFISSIONAL QUE PREENCHEU O CHECK LIST:

() PRIMEIRA INSERÇÃO () TROCA

INDICAÇÃO DO CATETERISMO

- () MANEJO DA RETENÇÃO URINÁRIA E/OU OBSTRUÇÃO
() MONITORIZAÇÃO DE DÉBITO URINÁRIO EM PACIENTES CRÍTICOS
() PERÍODO PERIOPERATÓRIO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
() IRRIGAÇÃO VESICAL
() MANEJO DO PACIENTE COM INCONTINÊNCIA E ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)
() OUTRAS: _____

TIPO DE CATETERES URETRO-VESICAIS

- () FOLLEY 2 VIAS COM BALÃO Nº ____ () CISTOSTOMIA
() FOLLEY 2 VIAS COM BALÃO Nº ____ () OUTROS _____

ANTES DO PROCEDIMENTO

- EXPLICADO O PROCEDIMENTO E SUA FINALIDADE AO PACIENTE E/OU AO ACOMPANHANTE () N/A () SIM () NÃO
GARANTIDO A PRIVACIDADE DO CLIENTE () SIM () NÃO
REALIZADO HIGIENIZAÇÃO ÍNTIMA PRÉVIA COM ÁGUA E SABÃO LÍQUIDO () SIM () NÃO
HIGIENIZADO AS MÃOS () SIM () NÃO
PARAMENTADO COM: GORRO E MÁSCARA () SIM () NÃO
PARAMENTADO COM: LUVA ESTÉRIL () SIM () NÃO
ABERTO O PACOTE DE CATETERISMO NA TÉCNICA ASSÉPTICA () SIM () NÃO
OFERTADO O MATERIAL NA TÉCNICA ASSÉPTICA () SIM () NÃO
TESTADO O BALÃO DA Sonda COM ÁGUA DESTILADA E AVALIADO INTEGRIDADE () SIM () NÃO

DURANTE O PROCEDIMENTO

- CONECTADO A Sonda AO SISTEMA DE DRENAGEM, ANTES DE INTRODUIZÍ-LO () SIM () NÃO
REALIZADO A ANTISSEPSIA DO MEATO URETRAL () SIM () NÃO
HOMENS, EXPOSTO A GLÂNDE E REALIZADO MOVIMENTOS CIRCULARES NA GLÂNDE A PARTIR DO MEATO URETRAL POR TRÊS VEZES () SIM () NÃO
MULHERES, REALIZADO A ANTISSEPSIA NOS GRANDES LÁBIOS, PEQUENOS LÁBIS E MEATO URETRAL () SIM () NÃO
APRESENTOU REFLUXO URINÁRIO ANTES DE INSUFLAR O BALÃO () SIM () NÃO
FIXADO A Sonda: () HOMEM: REGIÃO HIPOGÁSTRICA () MULHER: FACE INTERNA DA COXA () NÃO REALIZADO
HIGIENIZADO AS MÃOS APÓS PROCEDIMENTO () SIM () NÃO

APÓS O PROCEDIMENTO

- IDENTIFICADO A BOLSA COLETORA: DATA, HORÁRIO, NOME DO EXECUTANTE E LOCAL () SIM () NÃO
REALIZADO REGISTRO DE ENFERMAGEM () SIM () NÃO

COR DA DIURESE

- () AMARELO CLARO
() AMARELO CITRINO
() AMARELO ESCURO
() ACASTANHADO

ASPECTO DA DIURESE

- () LÍMPIDA
() LEVEMENTE TURVO
() PIÚRIA
() HEMATÚRIA
() OUTROS: _____

INTERCORRENCIAS/OBSERVAÇÕES RELEVANTES:

