

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 DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° SES: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

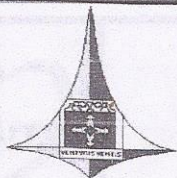
Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

PRÉ-PROCEDIMENTO	PRÉ-PROCEDIMENTO
01. Tipo de Cateter: <input type="checkbox"/> Cateter Venoso Central. <input type="checkbox"/> Shiley. <input type="checkbox"/> Cateter de Pressão Arterial Invasiva. <input type="checkbox"/> Cateter de Inserção Periférica.	05. Presença de risco: <input type="checkbox"/> SIM. <input type="checkbox"/> NÃO. <input type="checkbox"/> Desconhecido.  Se SIM, quais: <input type="checkbox"/> Plaquetas < 50.000. <input type="checkbox"/> INR > 1,5. <input type="checkbox"/> Obesidade ou deformidade anatômica. <input type="checkbox"/> Idade > 65 anos.
02. Tipo de Inserção: <input type="checkbox"/> Nova. <input type="checkbox"/> Troca com fio guia.	06. Materiais: <input type="checkbox"/> Escova c/ clorexidina degermante 2%. <input type="checkbox"/> Clorexidina degermante 4%. <input type="checkbox"/> Antisséptico/clorexidina alcoólica 0,5%. <input type="checkbox"/> Bandeja de acesso venoso central. <input type="checkbox"/> Gorros descartáveis. <input type="checkbox"/> Máscaras descartáveis. <input type="checkbox"/> Óculos de proteção. <input type="checkbox"/> Mesa auxiliar. <input type="checkbox"/> Gazes estéreis. <input type="checkbox"/> Capote estéril. <input type="checkbox"/> Luvas estéreis. <input type="checkbox"/> 2 campos grandes estéreis. <input type="checkbox"/> Fio de sutura.
03. Condição: <input type="checkbox"/> Eletivo. <input type="checkbox"/> Urgência/Emergência	
04. Indicação: <input type="checkbox"/> Medicação – Drogas VA. <input type="checkbox"/> Diálise. <input type="checkbox"/> Monitorização. <input type="checkbox"/> NPT. <input type="checkbox"/> Troca/Repasseamento → <input type="checkbox"/> Infecção local. <input type="checkbox"/> Febre. <input type="checkbox"/> Perda acidental. <input type="checkbox"/> Posição. <input type="checkbox"/> Funcionamento. <input type="checkbox"/> Tipo de cateter.	

DURANTE O PROCEDIMENTO	
07. Realizou escovação cirúrgica/lavagem das mãos por 60 segundos com clorexidina degermante 2%: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	10. Preparou a pele com clorexidina degermante 4% e removeu: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
08. Utilizou paramentação adequada? <input type="checkbox"/> Gorro <input type="checkbox"/> Luvas estéreis <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Capote estéril <input type="checkbox"/> Óculos de proteção <input type="checkbox"/> Campos estéreis	11. Friccionou com solução alcoólica 30 segundos: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
09. Utilizou técnica asséptica durante todo procedimento: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Deixou secar antes da punção (+/- 2min): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	13. Punção única: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTAS: ____

Data: \_\_\_\_\_





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



PÓS-PROCEDIMENTO

14. Local de Inserção:

Subclávia D( ) E( ).

Jugular D( ) E( ).

Femoral D( ) E( ) → Justificativa: ( ) PAI ( ) Técnica ( ) Anatômica.  
( ) Ausência de outro sítio de punção.  
( ) Outros: \_\_\_\_\_.

15. Curativo do sítio de inserção com técnica asséptica:

( ) SIM ( ) NÃO.

16. Solicitado radiografia de tórax para confirmação radiológica do posicionamento do cateter:

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NA.

17. Sucesso na inserção:

( ) SIM ( ) NÃO.

18. Complicações:

( ) Arritmia. ( ) Hematoma local. ( ) Mau posicionamento.  
( ) Lesão Vascular. ( ) Hemo/Pneumotórax. ( ) Sem complicações.

19. Dificuldade:

( ) Anatômica. ( ) Material. ( ) Técnica.

20. Responsável pelo Check-list:

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_