

### 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:	LEITO:		

IPCS – BUNDLE DEMANUTENÇÃO DO CVC

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
1-Avaliação da necessidade de permanência do cvc	М																															
2-Registro de observação do sítio de inserção diária: 1a( ) dor 1b( ) hiperemia	M																															
1c( ) calor 1d( )presença de secreção purulenta	N																															
3- Curativo padronizado (troca diária)	M																															
	N																															
4-Curativo datado	М																															
5-Via exclusiva para infusão de sangue/derivados	M																															
6-Via exclusiva para infusão de NPT	M																															
7- Higiene das mãos antes de manusear o cateter	M																															
	N																															
8-Realizar desinfecção das conexões e conectores com	M																															
álcool 70% antes do manuseio do catéter	N																															
9- Trocar sistema de infusão e conectores a cada 96 horas	M																															
10-Datar equipo	M																															
11-Trocar equipo e dispositivo complementar de NPT a casa bolsa	М																															
12- Trocar equipo e dispositivo complementar de	M																															
propofol a casa 12 horas	N																															
13-Trocar equipo de monitorização hemodinâmica a casa 96 horas	M																															

	<b>A</b>
2	

## 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

110371	AL KL	JIONAL I	DO GAN	'IA
LINTDADE	DF TF	RAPTA	INTEN	STVA

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	M																															1	
antes e após tocar no sistema de drenagem	T																																
	N																																
4-Manter bolsa de	M																																
drenagem abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão	N																																
5-Manter fluxo de urina	M																																
livre	N																																
6-Esvaziar a bolsa coletora quando estiver	M																																
cm 2/3 de sua capacidade	N																																
7-Fixação segura do sistema coletor	M																																
	N																																
8-Realizar higiene diária do meato uretral	M																																
do mento urenti	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

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

	1	
	◢	
1	÷	
	V	

### 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																																
30 – 43	N																																
	8:00																																
2-Higiêne oral 3x ao dia	14:00																																
	20:00																																
3- Realizar redução da sedação	M																																
4- Despertar diário	M																																
5- Verificar diariamente a possibilidade de extubação (TER)	М																																
6- Manter a pressão do	M																																
Cuff entre 25 e 30 cm H2O	Т																																
7- Manter o sistema de ventilação mecânica conforme recomendações vigentes	М																																
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:	/	/	