



Responsável pela instalação:	Inicio: ____ : ____	Unidade:
Avaliador:	Término: ____ : ____	
	Data: ____ / ____ / ____	

Itens	Especificações		
Indicação	<input type="checkbox"/> Primeira instalação. Motivo: _____ <input type="checkbox"/> Troca por mau funcionamento <input type="checkbox"/> Troca por suspeita de infecção (local ou remota) <input type="checkbox"/> Outra: _____		
Preparo das mãos do médico	Escovação cirúrgica das mãos com clorexidina degermante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Barreira máxima estéril <ul style="list-style-type: none"> • Paramentação do médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Gorro cirúrgico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Óculos de proteção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Máscara cirúrgica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Avental de manga longa estéril <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Luvas estéreis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Degermação da pele do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Clorexidina degermante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Outro (especificar): _____ 		
Antissepsia da pele do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Clorexidina alcoólica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Outro (especificar): _____ 		
Número de lumens do cateter	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
Local de instalação do cateter	<input type="checkbox"/> Veia subclávia <input type="checkbox"/> Veia jugular <input type="checkbox"/> Veia femoral PICC: Local _____		
Uso de Ultrassom	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Intercorrências na instalação	<ul style="list-style-type: none"> • Contaminação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim • Outra (especificar): _____ 		
Tipo de cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • Fita e gaze <input type="checkbox"/> Filme transparente e gaze <input type="checkbox"/> Filme transparente <input type="checkbox"/> 		
Observações	<ul style="list-style-type: none"> • _____ 		