

Responsável pela instalação: _____	Início: __:__	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 • Paramentação do médico	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>• Gorro cirúrgico</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr> <td>• Óculos de proteção</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr> <td>• Máscara cirúrgica</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr> <td>• Avental de manga longa estéril</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> <tr> <td>• Luvas estéreis</td><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td></tr> </table>	• 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
• 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														
• Uso de campos no paciente	• Uso de campo ampliado estéril <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
Degermação da pele do paciente	• Clorexidina degermante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não • Outro (especificar): _____															
Antissepsia da pele do paciente	• 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	• Contaminação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim • Outra (especificar): _____															
Tipo de cobertura	• Fita e gaze <input type="checkbox"/> Filme transparente e gaze <input type="checkbox"/> Filme transparente <input type="checkbox"/>															
Observações	• _____															