

BUNDLE DE PREVENÇÃO DE ITU			
Nome:			
Data de Nascimento:			
Prontuário:		Setor de Inserção:	
Data da Inserção de CVD: ____/____/____		Hora: ____:____	
Paramentação da Equipe (justificar ausência de algum item pela equipe): _____			
() Máscara () Gorro () Luva Estéril			
Indicação para Uso de CVD			
	Paciente com retenção urinária aguda ou obstrução do fluxo urinário		Monitorar o débito urinário intra-operatório (máx. 24h)
	Necessidade de mensurar o débito urinário		Cicatrização de feridas abertas e perineais em pacientes incontinentes
	Paciente com tumor de bexiga (indicado que a passagem do CVD seja realizado pelo Urologista).		LPP com dificuldade de cicatrização em região sacra em pacientes do sexo feminino
	Pacientes submetidos a cirurgia urológica ou estruturas do trato geniturinário		Pacientes que necessitam de imobilização prolongada
	Outros, justificar:		
Determinação Institucional - (ATO DA INSERÇÃO)			
Higienização das mãos na técnica correta:		() SIM	() NÃO
Higiene íntima com água e sabonete líquido:		() SIM	() NÃO Justifique:
Antissepsia da região perineal com clorexidina aquosa, da uretra para periferia:		() SIM	() NÃO
Manteve técnica asséptica ao abrir os materiais:		() SIM	() NÃO
Utilização de Luva estéril:		() SIM	() NÃO
Utilização de campo fenestrado estéril:		() SIM	() NÃO Justifique:
Manteve a conexão da sonda ao coletor:		() SIM	() NÃO
Realizou teste do balonete:		() SIM	() NÃO
Introdução do cateter uma única vez:		() SIM	() NÃO
Higienização das mãos após o procedimento:		() SIM	() NÃO
Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, sem contato com o chão:		() SIM	() NÃO
Profissional responsável pelo procedimento (assinatura e carimbo):			
Auxiliar do procedimento:			