

Nome: _____ Prontuário: _____ Leito: _____

Intubação realizada em: ____/____/____ Hora ____:____

Local da intubação: () Eixo vermelho () Ambulância () Outros: _____

Higienização das mãos: () Lavagem das mãos com sabão () Higienização com Álcool 70% () Não realizada

Paramentação do executor: () Gorro () Máscara () Luva estéril () Material estéril () Óculos de proteção

Sequência Rápida de Intubação:

Tubo escolhido (idade/4)+4,0): _____ Tamanho: _____ () sem cuff () com cuff Posição no lábio superior: _____ cm (numero do TOT x 3)

Nº de tentativas: () 1 () 2 () 3 () 4 () Mais que 4

Utilizou algum dispositivo de auxílio para intubação? () Sim () Não Qual: _____

Fixação com: () Espadrado () Bandagem elástica () Fixação de adulto () Outros: _____

Motivo da intubação: () Insuficiência respiratória () Parada Cardio-respiratória () Anestesia geral () Outros: _____

Tubo reposicionado pós radiografia: () Não () Sim. Para a posição no lábio superior: _____ cm

Profissional responsável pelo procedimento (Assinatura e Carimbo): _____ Auxiliar do procedimento: _____

MANUTENÇÃO DIÁRIA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

DIA DE DISPOSITIVO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Manhã	Elevação da cabeceira a 30° a 45°																															
	Despertar diário/Redução gradativa da sedação																															
	Higiene oral com Clorexidina 0,12%																															
	Troca do circuito ventilatório em caso de sujidade																															
	Troca do filtro bacteriológico a cada 24 h																															
	Troca do sist. de aspiração fechado a cada 72 h																															
Iniciais do profissional que fez o registro:																																
Noite	Elevação da cabeceira a 30° a 45°																															
	Despertar diário/Redução gradativa da sedação																															
	Higiene oral com Clorexidina 0,12%																															
	Troca do circuito ventilatório em caso de sujidade																															
	Troca do filtro bacteriológico a cada 24 h																															
	Troca do sist. de aspiração fechado a cada 72 h																															
Iniciais do profissional que fez o registro:																																

Para a preenchimento desta tabela "C" para Conforme, "NC" para Não Conforme e "NA" para Não Aplicável

	Motivo da retirada do TOT:	() Programada () Deslocamento do TOT () Obstrução do TOT () Óbito () Outros: _____	
	Responsáveis pela extubação:	Assinatura e carimbo: _____	Assinatura e carimbo: _____

OBSERVAÇÕES:
