

Checklist de Diálise

Dia: Seg Te Qua Qui Sex Sab Do

Turno: M T N

Estabelecimento: _____

Observador: _____

Data: _____

Setor auditado: _____

Horário: _____ AM/PM

Ferramenta de Auditoria: CURATIVO DE CVC

Use "✓" se a ação foi realizada corretamente, "X" se não foi realizada corretamente. Se não foi observada, deixe em branco.

O profissional utilizou máscara durante a realização do curativo?	O paciente utilizou máscara durante a realização do curativo?	Higienizou as mãos antes de realizar o curativo?	Higiene das mãos com técnica e tempo correto?	Utilizou luvas estéreis ou kit de pinças estéreis?	Antissepsia da pele com solução asséptica preconizada	Aguardou secar o antisséptico?	Não tocou o óstio após a antissepsia	Utilizado curativo estéril	Luvas removidas imediatamente e após o procedimento	Higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas (com técnica e tempo corretos)	Observações

Fonte: CVE/SP

Duração do período de observação: _____ minutos

Número de procedimentos realizados corretamente: _____

Número total de procedimentos observados durante a auditoria: _____

COMENTÁRIOS ADICIONAIS/OBSERVAÇÕES

Ao identificar qualquer não conformidade durante a observação, descreva-a no campo acima, detalhando a etapa envolvida e o que foi realizado de forma inadequada.