

1 - Registro finalizado (frente) da inserção do PICC:

 <p>SANTA CASA DO PARÁ ASSISTÊNCIA E ENSINO</p>	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ		
	DIRETORIA TÉCNICA E ASSISTENCIAL		
Paciente: _____ Registro: _____ Mãe: _____	Data Nasc.: _____	Sexo: _____ Idade: _____	

FERRAMENTA DE INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PICC			
Unidade: _____	Leito: _____	Nº Prescrição: _____	
Peso: _____	IG: _____		
Data de Inserção do PICC: _____ Cateter guiado por USG: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não RN Cirúrgico: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Qual: _____		Indicação para uso do PICC: <input type="checkbox"/> Uso de NPP <input type="checkbox"/> Uso de drogas vasoativas <input type="checkbox"/> Dificil acesso venoso <input type="checkbox"/> Prematuro/fragilidade capilar <input type="checkbox"/> Antibioticoterapia <input type="checkbox"/> Outros	
DADOS DO CATETER:			
Fez uso de algum cateter central? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		<input type="checkbox"/> Cateter Umbilical <input type="checkbox"/> Flebotomia <input type="checkbox"/> Intra-Cath <input type="checkbox"/> Cateter duplo lúmen	
<input type="radio"/> 1º PICC	<input type="radio"/> 2º PICC	<input type="radio"/> 3º PICC	<input type="radio"/> N° PICC
<input type="radio"/> Monolúmen		<input type="radio"/> Duplo Lúmen	
Marca: _____	Calibre: <input type="radio"/> 1.1 French	<input type="radio"/> 1.9 French	Lote: _____
INSERÇÃO:			
Sítio de inserção: <input type="radio"/> MSD <input type="radio"/> MSE <input type="radio"/> MID <input type="radio"/> MIE <input type="radio"/> Região Cefálica			
Veia: <input type="radio"/> Basilica <input type="radio"/> Cefálica <input type="radio"/> Safena magna <input type="radio"/> Jugular: <input type="radio"/> Direita <input type="radio"/> Esquerda <input type="radio"/> Mediana Cubital <input type="radio"/> Axilar			
Comprimento do cateter cortado: _____ cm		Comprimento do cateter inserido: _____ cm	
Dificuldade para inserção do cateter: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		<input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Lesão de pele <input type="checkbox"/> Múltiplas punções anteriores <input type="checkbox"/> Pletórico <input type="checkbox"/> Rede venosa fragilizada <input type="checkbox"/> Ictérico	
RX após a inserção do cateter: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Tracionado o cateter: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		Qual comprimento? _____ cm	Fixado: _____ cm
Localização do cateter: _____			
Nº de tentativas de punção: <input type="radio"/> Menos de 3 <input type="radio"/> Mais de 3			

Fonte: Elaborado pelo autor.

Registro finalizado (verso) da inserção do PICC:

 SANTA CASA DO PARÁ ASSISTÊNCIA E ENSINO	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ		
	DIRETORIA TÉCNICA E ASSISTENCIAL		
Paciente:		Sexo:	
Registro:	Data Nasc.:	Idade:	
Mãe:			

Fixação e Curativos: <input type="checkbox"/> Oclusivo com gaze + curativo transparente <input type="checkbox"/> Oclusivo com curativo transparente	Intercorrências relacionadas a inserção do PICC: <input type="checkbox"/> Sangramento Moderado <input type="checkbox"/> Sangramento Intenso <input type="checkbox"/> Queda de saturação de O ² <input type="checkbox"/> Extubação <input type="checkbox"/> Outras:
Equipe:	
_____ NOME DO PROFISSIONAL	

Fonte: Elaborado pelo autor

2 - Avaliação pós- inserção:

 SANTA CASA DO PARÁ ASSISTÊNCIA E ENSINO	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ		
	DIRETORIA TÉCNICA E ASSISTENCIAL		
	Paciente:	Sexo:	
Registro:	Data Nasc.:	Idade:	
Mãe:			

FERRAMENTA DE INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PICC			
AVALIAÇÃO PÓS INSERÇÃO:			
Data da Avaliação:			
RX após a inserção do cateter: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Tracionado o cateter: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		Qual comprimento? cm	Fixado: cm
Localização do cateter:			
_____ Nome do Profissional			

Fonte : Elaborado pelo autor.

3 - Registro da etapa do curativo do PICC:

 <p>SANTA CASA DO PARÁ ASSISTÊNCIA E ENSINO</p>	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ		
	DIRETORIA TÉCNICA E ASSISTENCIAL		
	Paciente: _____ Registro: _____ Mãe: _____	Data Nasc.: _____	

FERRAMENTA DE INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PICC	
TROCA DE CURATIVO:	
Data de troca de curativo: _____	
Sítio de Inserção:	<input type="checkbox"/> Hiperemia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Secreção serosa e purulenta <input type="checkbox"/> Sangramento leve <input type="checkbox"/> Sangramento moderado
Tracionado o cateter:	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Qual comprimento? _____ cm
Fixado:	_____ cm
Fixação e curativos:	<input type="checkbox"/> Oclusivo com gaze + Curativo transparente <input type="checkbox"/> Oclusivo com curativo transparente
_____ NOME DO PROFISSIONAL	

Fonte: Elaborado pelo autor.

4 - Registro finalizado da etapa de retirada do PICC:

 <p>SANTACASA DO PARÁ ASSISTÊNCIA E ENSINO</p>	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ		
	DIRETORIA TÉCNICA E ASSISTENCIAL		
Paciente: _____ Registro: _____ Mãe: _____	Data Nasc.: _____	Sexo: _____ Idade: _____	
RETIRADA PICC			
Data da retirada: _____			
Comprimento do cateter retirado: _____ cm			
Cateter Íntegro: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Causas: <input type="checkbox"/> Término da terapia medicamentosa <input type="checkbox"/> Extrusão acidental(saída) <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Edema de membro <input type="checkbox"/> Quebra do cateter <input type="checkbox"/> Sinais de infecção no sítio de inserção <input type="checkbox"/> Piora clínica <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Posição periférica <input type="checkbox"/> Óbito			
Hemocultura Pareada:			
Hemocultura Cateter: <input type="radio"/> Positiva <input type="radio"/> <=48h <input type="radio"/> >48h <input type="radio"/> Negativa			
Hemocultura Periférica: <input type="radio"/> Positiva <input type="radio"/> Negativa			
Agente Isolado: _____			
_____ NOME DO PROFISSIONAL			

Fonte: Elaborado pelo autor