

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - (POP) - ENFERMAGEM

SANTO ÂNGELO

2021 - 2022

SUMÁRIO

	PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS	08
POP – Nº 01	Admissão do Paciente na Unidade de Internação	09
POP – Nº 02	Escala de Folga	10
POP – Nº 03	Passagem de Plantão	13
POP – Nº 04	Procedimento para Alta Hospitalar	16
POP – Nº 05	Prontuário do Paciente	19
POP – Nº 06	Reparo e Conserto dos Equipamentos e Materiais	22
POP – Nº 07	Revisão do Carro de Emergência	24
POP – Nº 08	Rotina da Unidade	26
POP – Nº 09	Trocas de Materiais no CME	30
POP – Nº 010	Solicitação de Materiais de Consumo ao Almoxarifado	32
POP – Nº 011	Solicitação de Materiais a Farmácia	34
POP – Nº 012	Avaliação de Pupilas	37
	VERIFICAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS	38
POP – Nº 013	Balanço Hídrico (BH)	40
POP – Nº 014	Exame Físico Geral	43
POP – Nº 015	Monitorização Cardíaca	45
POP – Nº 016	Nível de Consciência do Paciente	48

POP – Nº 017	Oximetria de Pulso	51
POP – Nº 018	Verificação de Peso e Altura	54
POP – Nº 019	Verificação de Peso do Recém-Nascido	57
POP – Nº 020	Verificação de Glicemia Capilar	60
POP – Nº 021	Verificação de Pressão Arterial	63
POP – Nº 022	Verificação de Pulso	66
POP – Nº 023	Verificação da Respiração	69
POP – Nº 024	Verificação de Temperatura Axilar	72
POP – Nº 025	Verificação da Temperatura Oral	75
POP – Nº 026	Verificação da Temperatura Retal	78
POP – Nº 027	Verificação da Temperatura do Recém - Nascido	81
POP – Nº 028	Administração de Medicação Via Auricular	85
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	86
POP – Nº 029	Administração de Medicação Via Endovenosa	88
POP – Nº 030	Administração de Medicação Via Gástrica	92
POP – Nº 031	Administração de Medicação Via Intradérmica	96
POP – Nº 032	Administração de Medicação Via Intramuscular	100
POP – Nº 033	Administração de Medicação Via Nasal	104
POP – Nº 034	Administração de Medicação Via Ocular	107
POP – Nº 035	Administração de Medicação Via Oral	111
POP – Nº 036	Administração de Medicação Via Retal	115
POP – Nº 037	Administração de Medicação Via Subcutânea	118
POP – Nº 038	Administração de Medicação Via Sublingual	122

POP – Nº 039	Administração de Medicação Via Vaginal	125
POP – Nº 040	Nebulização	121
POP – Nº 041	Venoclise	131
POP – Nº 042	Higienização Corporal – Banho de Leito	136
	HIGIENE E CONFORTO	137
POP – Nº 043	Higiene do Couro Cabeludo	140
POP – Nº 044	Higiene Íntima Feminina	143
POP – Nº 045	Higiene Íntima Masculina	146
POP – Nº 046	Higiene Ocular	149
POP – Nº 047	Higiene Oral	152
POP – Nº 048	Higienização/Curativo de Traqueostomia Plástica/Metálica	155
POP – Nº 049	Higienização das Mãos com Água e Sabonete Líquido	159
POP – Nº 050	Movimentação do Paciente Dependente	162
POP – Nº 051	Movimentação do Paciente que Auxilia	165
POP – Nº 052	Movimentação – Sentar Paciente na Beira do Leito	168
POP – Nº 053	Movimentação do Paciente com Elevador Elétrico	171
POP – Nº 054	Mudança de Decúbito	174
POP – Nº 055	Troca de Fixação da Cânula Endotraqueal/Tubo	178
POP – Nº 056	Troca de Fralda e Higiene do Recém - Nascido	181
POP – Nº 057	Aspiração das Vias Aéreas Superiores	185
	INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	186
POP – Nº 058	Aspiração Traqueal de Pacientes Entubados e Traqueostomizados com Sistema Aberto	189
POP – Nº 059	Aplicação de Calor/Compressa Quente	194


POP – Nº 060	Aplicação de Frio/Compressa Fria	197
POP – Nº 061	Auxilio na Passagem de Cateter Venoso Central	200
POP – Nº 062	Auxilio na Passagem de Dreno de Tórax	204
POP – Nº 063	Auxilio no Procedimento de Paracentese	207
POP – Nº 064	Auxilio na Punção Lombar	210
POP – Nº 065	Contenção Mecânica	213
POP – Nº 066	Curativo Pós - Operatório	217
POP – Nº 067	Eletrocardiograma	221
POP - Nº 068	Heparinização de Dispositivo Venoso Periférico	224
POP - Nº 069	Permeabilização/Heparinização do Cateter Totalmente Implantado (PORTOCATH)	227
POP - Nº 070	Método Canguru	231
POP - Nº 071	Oxigenoterapia	234
POP - Nº 072	Preparo Pré – Operatório	238
POP - Nº 073	Punção de Acesso Venoso Periférico	241
POP - Nº 074	Punção de Cateter Totalmente Implantado (PORTOCATH)	246
POP - Nº 075	Reanimação Cardiopulmonar	250
POP - Nº 076	Tricotomia	253
POP - Nº 077	Troca de Selo D´água de Dreno de Tórax	257
POP - Nº 078	Administração de Dieta Enteral	261
	CUIDADOS NUTRICIONAIS	262
POP - Nº 079	Nutrição Parenteral	264
POP - Nº 080	Sonda Nasoentérica	267
POP - Nº 081	Sondagem Nasogástrica e Orogástrica	272

POP - Nº 082	Cateterismo Vesical de Alivio Feminino	278
	CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES	279
POP - Nº 083	Cateterismo Vesical de Alivio Masculino	282
POP - Nº 084	Cateterismo Vesical de Demora Feminino	286
POP - Nº 085	Cateterismo Vesical de Demora Masculino	291
POP - Nº 086	Irrigação Vesical Contínua	297
POP - Nº 087	Lavagem Intestinal	300
POP - Nº 089	Lavagem Vesical	308
POP - Nº 090	Curativo de Cateter Venoso Central	312
	CURATIVOS	313
POP - Nº 091	Curativo de Coto Umbilical	316
POP - Nº 092	Curativo de Dreno de Tórax	319
POP - Nº 093	Realização de Curativo	322
POP - Nº 094	Retirada de Pontos	326
POP - Nº 095	Coleta de Cultura de Lesões	330
	COLETA DE MATERIAIS PARA EXAMES	331
POP - Nº 096	Coleta de Escaro para Exames	333
POP - Nº 097	Coleta de Ponta de Cateter Venoso Central	336
POP - Nº 098	Coleta de Sangue Arterial para Gasometria	339
POP - Nº 099	Coleta de Secreção Ocular	341
POP - Nº 100	Coleta de Swab de Orofaringe	345
POP - Nº 101	Coleta de Swab Retal	348
POP - Nº 102	Coleta de Secreção Traqueal para Exame	351

POP - Nº 103	Coleta de Urina para Exame	355
POP - Nº 104	Coleta de Urina por Sonda Vesical de Demora	359
POP - Nº 105	Encaminhamento para Exame de Imagem	363
	TRANSPORTE DE PACIENTES	364
POP - Nº 106	Preparo e Transporte do Corpo Pós Morte	366
POP - Nº 107	Transporte Interno de Paciente em Isolamento Aéreo	369
POP - Nº 108	Transporte Interno de Paciente em Isolamento de Contato	372
POP - Nº 109	Transporte Interno de Paciente em Isolamento de Gotícula	375
POP - Nº 110	Transporte Interno de Paciente em Isolamento Protetor	378
POP – Nº 111	Transporte de Paciente Intra Hospitalar	381
POP – Nº 112	Calçar e Retirar Luvas Estereis	386
	MEDIDAS PREVENTIVAS	387
POP – Nº 113	Prevenção a Infecção da Corrente Sanguínea Associado a Cateter Venoso central	389
POP – Nº 114	Prevenção de Infecção Respiratória Associado a ventilação Mecânica	392
POP – Nº 115	Prevenção de Infecção Urinária Associado a Sondagem Vesical de Demora	395

HOSPITAL SANTO ÂNGELO

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 01
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Admissão do Paciente na Unidade de Internação			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVO

Acomodar o paciente no leito para receber cuidados assistenciais, facilitando a adaptação do mesmo no ambiente hospitalar.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Termômetro;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Oxímetro de Pulso;
- Sachê de álcool 70%;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTO

- Higienização das mãos;
- Receber o paciente na unidade;
- Apresentar-se ao paciente;

- Apresentar o novo cliente aos demais pacientes (se quarto coletivo);
- Informar sobre o local do sanitário, sistema de intercomunicação, armários a sua disposição, bem como sobre as rotinas do hospital;
- O membro da equipe zelará pela acomodação do paciente, em seus aposentos;
- Encaminhar paciente ao leito;
- Realizar a verificação dos sinais vitais e o atendimento das necessidades mais urgentes do cliente;
- Orientar quanto ao local e uso da campainha;
- Aprazar a prescrição médica e encaminhar a farmácia;
- Comunicar os avisos aos Serviços de Nutrição e Dietética;
- Realizar as anotações de enfermagem por ocasião da internação;
- Organizar o prontuário do paciente;
- Encaminhar os pedidos de exames;
- O enfermeiro deverá fazer o exame físico e anamnese em até 48 horas.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário, com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Nos casos de internação que o paciente chega pela emergência.
- Após os procedimentos necessários, o familiar é encaminhado ao setor de internação para os devidos registros.
- O paciente é encaminhado ao leito pela equipe de enfermagem.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA


Não se aplica

10. REFERÊNCIAS

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem médico – cirúrgico. 2 vols. 13º Ed. 2015.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes Enfª Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 02
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Escala de Folgas			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

A escala mensal de serviço de enfermagem é um documento oficial das unidades assistenciais, na qual é registrada a distribuição da equipe de enfermagem durante todos os dias do mês, segundo o turno de trabalho de cada servidor, de acordo com a carga horária semanal e mensal. Tem a finalidade de manter o quantitativo mínimo de servidores para garantir a qualidade da assistência de enfermagem.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Formulário de escala;
- Escala anterior;
- Escala anual de férias;
- Calendário;
- Papel;
- Caneta;
- Lápis;
- Borracha;
- Computador.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Faz o esboço da escala;
- Solicita às folgas que gostaria de gozar (o número que pode ser marcado depende da combinação do enfermeiro com a sua equipe);
- Elabora a escala;
- Entrega uma cópia da escala ao Setor de Pessoal e outra expõe no mural da unidade, assinada e carimbada por ele e pelo Responsável Técnico da Enfermagem;
- Faz as alterações conforme a necessidade via sistema informatizado e envia ao Setor de Pessoal informando sobre as alterações realizadas na escala.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Devera manter sempre guardado uma cópia original da escala, assinada e carimbada pelo Gestor da Unidade e pelo Responsável Técnico da Enfermagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Esquecer-se de dar para o funcionário um domingo de folga na escala, pois o mesmo tem direito por legislação.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A Escala de serviço é elaborada mensalmente;
- A Chefia de Serviço é responsável pela elaboração e atualização da Escala Mensal de Serviço. Na sua ausência o Enfermeiro Assistencial designado ou o Coordenador de Área assumirão a responsabilidade;
- As alterações, coberturas e registros devem ser feitos somente pelos responsáveis;
- Deve conter em suas colunas nome/ sobrenome do servidor, categoria funcional, número do Coren, os dias do mês e espaço para observações;
- A jornada de trabalho diária não pode ultrapassar 12 horas;

- Nos afastamentos de longa data (LTS, LG, Férias e Liberações) deve ser passado traço reto e anotado nas observações o motivo de afastamento conforme as legendas padrões.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Renata Pizzolotto	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 03
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	PASSAGEM DE PLANTÃO			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Atualizar a equipe de enfermagem em relação às condições de saúde, assim como intercorrência das pacientes internadas na unidade.

2. ABRANGÊNCIA

Ambulatórios da Instituição e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Anotações de enfermagem;
- Caneta;
- Papel.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- A passagem de plantão se dará 10 minutos antes do horário de chegada e saída de cada profissional;
- Na troca de plantão cada técnico passará ao colega do próximo horário as condições gerais e/ou sua alteração e a conduta proposta, se algum exame foi realizado ou não, se a paciente está recebendo algum preparo para exame a ser feito e andamento do mesmo, presença de soro, drenos, sondas. Cuidados de enfermagem realizados com as pacientes e os recém-nascidos;

- Passar o plantão deixando o ambiente de trabalho organizado, comunicando e justificando pendências em caso de urgência/emergência em final de plantão;
- Cada técnico de enfermagem fica responsável pelas pacientes internadas, pelo berçário e pelo centro obstétrico (salas), conforme escala de serviço.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Deixar passagem de plantão anotada em folha própria, em caso de algum esquecimento ou dúvidas, a equipe de enfermagem poderá utilizar.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Esquecer de transmitir alguma informação importante de algum paciente durante a passagem de plantão.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Realizar a transmissão das informações para toda a equipe que chega para o seu turno de trabalho;
- Evitar que os profissionais técnicos/ auxiliares de enfermagem realizem a retirada das medicações das prescrições médicas e dos cuidados das prescrições de enfermagem durante a passagem de plantão;
- Realizar as perguntas pertinentes à continuidade da assistência, preferencialmente, durante a passagem de plantão e no momento em que são passadas as informações do paciente;
- Manter a conduta ética durante a passagem de plantão;
- As faltas não previstas, licenças médica, óbito de familiares e outros, assim como os atrasos deverão ser comunicados com antecedência, ao enfermeiro da unidade assistencial e ao Responsável Técnico (RT) de enfermagem ou Plantonista Administrativo (PA), para adequação do quantitativo de profissionais em tempo hábil.


10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

EBSERH – Hospitais Universitários Federais. Procedimento Operacional Padrão – POP/ Serviço de Educação em Enfermagem 01/2019. Passagem de Plantão da Equipe de Enfermagem. Versão 1.0. Disponível em: www.ebserh.gov.br.

COREN SP. Parecer Coren – SP. Cat nº009/2010. Assunto: passagem de plantão. Disponível em: www.coren_sp.gov.br Acesso em: 05 jan 2021.

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Renata Pizzolotto	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 04
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Procedimento para Alta Hospitalar			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Orientar o paciente/familiar quanto aos cuidados após a alta;
- Preparar a alta Hospitalar

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

- O médico é o responsável pela prescrição da alta hospitalar;
- Cabe a equipe de enfermagem dar as orientações necessárias para a saída do paciente da instituição.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Sumário de alta;
- Receita médica;
- Orientações;
- Exames;
- Familiar ou responsável.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar a alta hospitalar na prescrição médica/sumário;

- Conformer na prescrição médica se o paciente tem medicações para o horário ou curativo. Caso tenha, administrar e checar a medicação;
- Realizar o curativo antes de dar seguimento a alta;
- Retirar acesso venoso e remover do quarto os materiais/equipamentos utilizados;
- Estornar para a farmácia medicamentos/materiais não administrados;
- Fazer a evolução de alta, com as orientações fornecidas e os procedimentos realizados, imprimir a mesma, carimbar e assinar.
- Entregar para o paciente os exames que ele trouxe consigo para a internação e os de imagem realizados no hospital, a receita médica e atestado (se houver) e as orientações;
- Se paciente convênio IPE, orientar passar o cartão na internação antes da alta;
- Se paciente convênio particular, avisar faturamento e esperar a confirmação do mesmo para paciente/familiar ser encaminhado a tesouraria;
- Acompanhar paciente até a porta de saída do hospital .
- Se necessário solicitar transporte ao município de origem;
- Comunicar os serviços de apoio da alta hospitalar;
- Entregar o prontuário a secretária da unidade para encaminhamentos.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica

7. REGISTROS

Após a alta hospitalar é atribuição da secretária organizar o prontuário e encaminhar ao faturamento

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não se aplica


9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Nunca liberar menores de idade sem acompanhante;
- Em casos de alta a pedido o paciente e o familiar deverão assinar formulário específico.

10. REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, W.T; RODRIGUES, A.V.D; et al. Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos. Rev. Esc. Enfermagem. USP 46(5): 1184 À 1191, 2012.

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Valdecira Senger	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 05
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Prontuário do Paciente			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Registrar e organizar os documentos que compõe o prontuário do paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Secretárias.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Prontuários;
- Folha de registro;
- Registros da SAE;
- Prescrição Médica;
- Solicitações de exames;
- Exames complementares;
- Chek List de controle da rouparia;
- Diária de acompanhante;
- Folhas de evolução de enfermagem, anotações técnicas, evolução médica e outros profissionais;
- Caneta;
- Carimbo;
- Pasta organizadora.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Organizar os impressos contendo dados obtidos sobre o mesmo, desde a sua internação até sua alta, sendo após arquivado (SAME);
- Colocar os impressos do paciente(folha de registro, prescrição médica, nota de baixa, folha de controle de rouparia e termo de diária de acompanhante, evolução médica, registros da SAE, anotações de enfermagem, resultado de exames complementares)na pasta que já está com a identificação conforme o número do quarto e/ ou leito que o paciente está locado;
- Colocar a pasta do prontuário do paciente no escaninho enumerado conforme o quarto de internação na unidade para que os profissionais tenham acesso;
- Realizar as anotações de enfermagem e evolução de enfermagem feitas em folha própria, que deverão ser conforme preconiza a Resolução do COFEN 191/06 e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem artigo 54/ Devem ser completas e concisas, escritas de maneira legível e pôr extenso, com letra maiúscula, exceto as abreviaturas padronizadas, sem rasura. Devem ser assinadas e carimbadas;
- Separar os pedidos de exames do paciente que devem estar devidamente identificados com o nome completo do mesmo, data de nascimento, número do quarto e leito da unidade de internação para que sejam realizadas as coletas e encaminhados ao laboratório do hospital;
- Em dias úteis, avisar a secretária da unidade para que agende solicitações de exames de imagem ou que sejam realizados em setores terceirizados. Em finais de semana ou feriados, o técnico de enfermagem deve comunicar-se com o funcionário plantonista para realização do exame conforme necessidade;
- Supervisionar o procedimento.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Prontuário do paciente é o conjunto de impressos contendo dados obtidos sobre o mesmo,
- Desde sua internação até sua alta, sendo após esta, conservado em arquivo.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA


Caso seja necessário cópia do prontuário o mesmo deverá ser solicitado ao serviço de internação.

10. REFERÊNCIAS

GALVÃO, M.C.B; RICARTE, I.L.M. Prontuário do Paciente. Editora Guababara, Koogan. 2012.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Valdecira Senger</p>	<p>Revisado por: Enf^a Daniele Berwanger Enf^o Márcio V. Steinhaus Enf^a Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 06
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Reparo e Concerto dos Equipamentos e Materiais			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVO

Definir normas e rotinas a serem aplicadas no momento do encaminhamento para conserto de equipamentos ou materiais .

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatoriais da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Secretaria.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Computador
- Solicitação de reparo por e-mail.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Avaliar os equipamentos ou materiais em cada uso;
- Se equipamentos ou materiais estiverem com problemas separar dos demais;
- Descrever no e-mail o problema;
- Entrar no sistema eletrônico plataforma patrimonio manutenção e realizar a solicitação de conserto;
- O setor de manutenção conserta os equipamentos ou materiais ou encaminha para conserto fora do hospital;
- A manutenção devolve os equipamentos ou materiais para a unidade;

- Caso não seja possível o conserto, a enfermeira da unidade deve ser comunicada a fim de que providencie pedido de compra de um aparelho novo;
- Receber e testar os equipamentos ou materiais consertados.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Serão registrados no sistema informatizado da manutenção.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não registrar no sistema o número do aparelho e o não preenchimento dos dados correspondentes.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica

10. REFERÊNCIAS

Conforme rotina institucional.

<p>Elaborado por: Enfº Marcio Steinhaus</p>	<p>Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 07
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Revisão do Carro de Emergência			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Revisar o carro de emergência quanto a validade e a quantidade dos materiais e medicamentos.

2. ABRANGÊNCIA

Ambulatórios da Instituição e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Caneta;
- Lista com os nomes de materiais e medicamentos do carro de emergência;
- Lacre com série de número.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Revisar o carro de emergência conforme a relação pré – estabelecida ou padronizada pela instituição;
- Conferir a validade dos medicamentos e se a quantidade disponível está de acordo com o estabelecido ou padronizado;
- Repor os materiais e medicamentos que não estiveram de acordo com a relação.
- Revisão foi padronizado samanal no sábado ou após o rompimento do lacre para seu uso

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar na planilha de conferências, qual profissional que realizou a revisão e a data da mesma.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Caixa das medicações abertas, sem estar lacrada;
- Retirar as medicações da caixa de emergência sem necessidades e sem autorização.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


Manter a caixa das medicações lacradas, retirar o lacre somente em casos de emergência/ urgência.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

COREN SP. Parecer Coren - SP CT 037/2013. Ementa: Carro de emergência: composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_37.pdf. Acesso em: 08 Abr 2017.

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 98.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 08
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Rotinas da Unidade			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Realizar a limpeza adequada para evitar infecção hospitalar.

2. ABRANGÊNCIA

Maternidade, Berçário, Centro obstétrico e Unidade de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnico de Enfermagem

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas;
- Água;
- Sabão;
- Álcool ou Surfic;
- Compressas brancas.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Telefones e Fios:

- Limpar diariamente com pano úmido com água e sabão;
- Fazer a desinfecção friccionando com surfic (equipe de enfermagem).

Terminal da Geladeira:

- Calçar as luvas;
- Desligar a geladeira;

- Retirar alimentos da geladeira;
- Aguardar descongelamento do freezer;
- Realizar limpeza com água e sabão.
- Recolocar os alimentos na geladeira novamente;
- Deve ser realizado semanalmente de acordo com a escala proposta dos turnos.

Terminal do Frigoar:

- Limpeza semanal;
- Higienizar as mãos, usar luvas;
- Retirar os medicamentos, passando-os para uma caixa de isopor com gelo;
- Desligar o frigoar até houver o descongelamento, manter desligado durante a limpeza;
- Fazer a limpeza interna com água e sabão/ limpeza externa com álcool;
- Secar bem com pano limpo;
- Ligar e verificar temperatura, recolocar os medicamentos.

Terminal da Copa:

- Calçar as luvas;
- Retirar louças de dentro do balcão, gavetas da pia, mesa usando compressas brancas e álcool;
- Colocar os materiais nos lugares novamente;
- Deve ser realizado no turno da tarde, todas as terças-feiras.

Terminal do Expurgo:

- Calçar luvas;
- Retirar materiais de dentro dos balcões e de cima das bancadas do expurgo;
- Fazer desinfecção dos armários com compressas e álcool;
- Recolocar os materiais em seus lugares.

Terminal Sala de Materiais:

- Calçar luvas;
- Retirar materiais de dentro dos armários e colocá-los sob a mesa auxiliar;
- Fazer desinfecção dos compartimentos do armário com compressas e álcool;
- Recolocar os materiais em seus lugares;

- Realizar desinfecção das bombas de infusão e suportes de soro com compressas e álcool.

Terminal da Rouparia:

- Calçar luvas;
- Retirar roupas do armário;
- Fazer desinfecção dos armários com compressas e álcool;
- Após, organizar e dobrar as roupas em seus lugares.

Terminal do Posto de Enfermagem:

- O terminal deverá ser realizado semanalmente;
- Utilizar luvas de procedimento;
- Retirar os materiais de dentro do armário, sendo estes colocados sobre o balcão;
- Fazer limpeza das prateleiras/gavetas, utilizando compressas brancas, água, sabão, após estarem secas guardar os materiais em seus devidos lugares;
- Realizar a limpeza da parte exterior com álcool e surfic e compressa branca.

6. CONTRA – INDICAÇÕES

Não há contra indicação.

7. REGISTROS

Checar na planilha de controle e assinar que foi realizado o terminal.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção hospitalar;
- Contaminação do profissional;
- Não realização do procedimento.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Ao realizar o terminal certificar-se que a limpeza foi satisfatória, para prevenir a infecção hospitalar;
- Manter ambiente limpo e organizado.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf .

BRASIL-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2018.

ANVISA. Higienização das mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007; 53 p.

Elaborado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 09
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Troca de Materiais no CME			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Levar materiais sujos e contaminados ao centro de materiais de esterilização, para a limpeza e desinfecção dos mesmos e retirar os materiais limpos e esterilizados que já estejam prontos para uso.

2. ABRANGÊNCIA

Ambulatórios da Instituição e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Contêiner;
- Folha para registro de entrega e retiradas de materiais no CME;
- Materiais sujos e contaminados.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Encaminhar em contêiner até o CME os materiais sujos e contaminados, acompanhada da folha de registros;
- Entregar os materiais sujos no CME, retirar os materiais que já estão prontos (curativos, cateterismos entre outros), alocar em contêiner de material esterilizado e anotar na folha de registros a entrega e retirada dos mesmos;

- Recebe o material esterilizado, confere as anotações da solicitante na presença do funcionário do CME;
- Materiais que sejam utilizados com pacientes com suspeita ou confirmados com coronavírus (COVID 19) devem ser encaminhados após prévio contato e autorização do funcionário técnico do CME;
- Encaminha o material à unidade e guarda nos devidos lugares.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Anotar sempre na folha de registros (planilha da unidade) a entrega e retirada de materiais ao CME.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Perdas de materiais;
- Contaminação dos materiais.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Cuidados no transporte dos materiais, limpeza e funcionalidades dos mesmos.

10. REFERÊNCIAS

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf .

Graziano, K.U; Silva, A; Psaltikidis, E.M. Enfermagem em Centro de Material e esterilização. Barueri, SPS: Manole, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV) (atualizada em 21/03/2020) [Internet]. Brasília. DF: ANVISA; 2020.

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Renata Pizzolotto Enfª Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfº Marcio Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 10
	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>Solicitação de Materiais de Consumo ao Almojarifado</p>		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Solicitar os materiais necessários utilizados para a semana para o almojarifado.

2. ABRANGÊNCIA

Todas as Unidades de Internação e Ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Secretária da Unidade.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Papel;
- Caneta;
- Computador.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Revisa o material em estoque e realiza o pedido;
- Realiza o pedido na JME (plataforma requisição);
- Separa o material e entrega nas unidades;
- Recebe, confere o material na unidade e guarda no local apropriado.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não há contra indicação.

7. REGISTROS

O pedido de centro de custo fica registrado na JME, via sistema informatizado.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Falta de materiais solicitados.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Revisar criteriosamente todo material na unidade para que não ocorra falta de algum item a ser solicitado.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Renata Pizzolotto Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 11
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Solicitação de Materiais de Consumo a Farmácia			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Solicitar os materiais necessários utilizados para o dia à farmácia.

2. ABRANGÊNCIA

Todas as Unidades de Internação e Ambulatório da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Embalagens vazias;
- Computador.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Revisa o material em estoque e realiza o pedido;
- Realiza o pedido online na JME;
- Farmácia separa o material que será retirado pelas unidades.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Subestoque nas unidades.

7. REGISTROS

O pedido de centro de custo fica registrado na JME, via sistema informatizado.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Falta de materiais solicitados.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


Revisar criteriosamente todo material na unidade para que não ocorra falta e subestoque de algum item a ser solicitado.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

VERIFICAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 12
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Avaliação de Pupilas			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Avaliar tamanho, simetria e reflexo das pupilas;
- Contribuir para diagnóstico diferencial nos quadros metabólicos;
- Favorecer intervenção imediata que possa evitar sequelas, danos indesejáveis e morte encefálica;
- Identificar sofrimento do sistema nervoso central, edemas cerebrais, isquemias, hematomas e/ou aumento da pressão intracraniana.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Lanterna.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;

- Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Caso o paciente esteja utilizando curativos e/ou protetores oculares, retirá-los suavemente;
- Se paciente consciente, solicitar para que o mesmo feche e abra os olhos;
- Se paciente inconsciente, o profissional deverá realizar os seguintes passos:
- Fechar os olhos do paciente por alguns segundos, em seguida abri-los e com a lanterna direcionar a luz diretamente sobre cada uma das pupilas durante alguns segundos;
- Avaliar o tamanho, simetria e reflexo;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Cirurgias oftalmológicas com restrição médica;
- Edemas palpebrais importantes;
- Traumas oculares.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

Evoluir a avaliação pupilar, conforme segue:

ISOCÓRICAS: pupilas com diâmetros iguais (variação entre 2 – 6 mm, com diâmetro médio de 3,5mm);

ANISOCÓRICAS: uma pupila maior que a outra; descreva a maior em relação a menor, ex. Pupilas anisocóricas, direita maior que a esquerda ou D>E.

MIDRÍASE: pupila dilatada, (7-8 mm de diâmetro), controlada pelo sistema nervoso simpático.

MIOSE: pupila contraída, (1-2 mm de diâmetro), controlada pelo sistema nervoso parassimpático.

§ Observação: Fotorreação: quando a pupila reage a exposição da luz. Se for lentamente reativa a luz indica possível compressão do nervo óptico, se não reage a luz indica uma possível lesão em ambos os hemisférios do cérebro.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Desconforto ocular durante a avaliação.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Atentar para não encostar a lanterna no globo ocular do paciente;
- Não permanecer com a luz diretamente na pupila do paciente por muitos segundos;
- Realizar movimentos delicados na abertura ocular.

10. REFERÊNCIAS

CINTRA E.A, NISHIDE V.M, NUNES W.A. In: Assistência de enfermagem ao Paciente gravemente Enfermo. 2ª ed. Rio de Janeiro: EDA; 2002.

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 13
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Balanço Hídrico (BH)			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Controlar todos os líquidos administrados via oral e parenteral no paciente e os líquidos eliminados através das vias urinárias, trato gastrointestinal, drenos, sondas, fístulas durante 24 horas. Com controles parciais e total.
- Controlar e adequar o aporte hídrico de acordo com a afecção, evitando-se assim a sobrecarga volêmica ou desidratação.
- Proporcionar informações significativas para que se possa planejar uma assistência integral e multiprofissional ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, Ambulatório, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Folha de registros;
- Frasco graduado ou frasco de 1000ml;
- Luvas de procedimento;
- Balança.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Fazer identificação do paciente na folha de balanço hídrico, anotando na mesma o peso do paciente;

- Registrar adequadamente em impresso próprio da Instituição, a hora, a via e a quantidade de líquidos ingeridos e eliminados;
- Medir a quantidade de todo líquido antes de oferecer ao paciente;
- Informar ao paciente e acompanhante que todos os líquidos ingeridos e eliminados deverão ser medidos e anotados e informado a equipe de enfermagem;
- Registrar a hora e o volume ingerido pelo paciente na coluna correspondente;
- Registrar a hora e volume das infusões venosas administradas ao paciente na coluna correspondente;
- Medir todo líquido eliminado pelo paciente;
- Registrar a hora e o volume eliminado pelo paciente na coluna correspondente;
- Fechar o balanço hídrico nos horários determinados (12h, 18h, 24h,06h),somando todos os volumes administrados e eliminados e depois subtraindo o total administrado do total eliminado.
- Balanço hídrico total deve ser fechado as 06 horas

6. CONTRA INDICAÇÃO

Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Quantidade ingerida aumentada;
- Quantidade eliminada menor que o esperado;
- Deixar de registrar os volumes infundidos e eliminados pelo paciente.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Pacientes colaborativos ou com acompanhantes devem ser orientados e estimulados quanto a sua participação neste processo. Pode-se oferecer papel,

caneta, copo graduado e frasco coletor de urina, para que ele registre os horários e os líquidos ingeridos e eliminados, sob monitorização da enfermagem;

- No impresso do controle hídrico todo líquido deve ser registrados de acordo com o horário administrado ou eliminado
- Os fluidos que não puderem ser medidos (vômitos, diarreia e outros) devem ser avaliados e registrados através de símbolos padronizados na unidade (Exemplo: + pequena, ++moderada, +++grande)
- Em casos de pacientes em tratamento dialítico, a ultrafiltração deverá ser mensurada como perda no cálculo final.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.


BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith.Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Balanço hídrico em recém-nascidos com extremo baixo peso: o conhecimento dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 07 FEV de 2017.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 14
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Exame Físico Geral			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Realizar o exame físico completo do paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Otoscópio;
- Estetoscópio;
- Luvas descartáveis;
- Prancheta;
- Caneta
- Evolução de Enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Conforme formulário específico.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Pacientes em observação;
- Pacientes com internação menor que 24 horas.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Analisar o estado geral do paciente através da avaliação física céfalo caudal através da inspeção, palpação, percussão, ausculta.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.


10. REFERÊNCIAS

VIANA, D.L.; PETENUSSO, M. Manual para realização de Exame Físico. Ed. Yendies, 2ª edição, 2013.

BARROS, A.L.B.L. Anamnese e exame físico – avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto, Artmed, 3ª edição, 2015.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes Enf Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Mancel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98 801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 15
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Monitorização Cardíaca			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Registrar a atividade cardíaca (frequência, ritmo)
- Diagnosticar e documentar o tratamento dos pacientes graves
- Detectar arritmias, isquemias e outras complicações cardíacas

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Monitor cardíaco completo;
- Aparelho de tricotomia se necessário;
- Eletrodos;
- Luva de procedimento;
- Compressa;
- Álcool sachê.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;
- Calçar luvas de procedimento;
- Ligar o monitor;
- Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;
- Posicionar os eletrodos;
- Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
 - 1º cabo vermelho: IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno;
 - 2º cabo verde: IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno;
 - 3º cabo amarelo: IV espaço intercostal na linha hemi clavicular;

Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:

- 1º cabo vermelho no lado direito do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais;
- 2º cabo preto no lado direito do paciente, ao nível da última costela palpável;
- 3º cabo amarelo no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais;
- 4º cabo verde no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável;
- 5º cabo branco na parte inferior da caixa torácica;

- Conectar os cabos do monitor aos eletrodos;
- Acionar a tecla correspondente a derivação desejada;
- Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;
- Observar o traçado e ritmo da frequência cardíaca do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica

7. REGISTROS

- Registrar nas anotações de enfermagem a instalação da monitorização cardíaca;
- Em casos de alterações do ritmo e frequência comunicar o médico assistente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Erro na interpretação do traçado relacionado ao posicionamento inadequado dos eletrodos;
- Reação alérgica ao eletrodo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Avaliar a integridade da pele a cada 24 horas, reposicionando os eletrodos;
- Confirmar posicionamento correto dos eletrodos/cabos para evitar disfunção do sistema de monitorização;
- Ao soar o alarme do monitor, avaliar imediatamente o paciente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 16
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Nível de Consciência do Paciente			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Avaliar o nível de consciência para análise neurológica através de estímulos com a abertura ocular, reação motora e resposta verbal.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Escala de Glasgow com avaliação pupilar;
- Caneta;
- Lanterna;
- Prancheta;
- Evolução de Enfermagem

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

RESPOSTA OCULAR – a pontuação vai de 1 a 4 pontos.

- 4 pontos: o paciente abre espontaneamente os olhos ou percebe a presença de alguém.
- 3 pontos: o paciente abre os olhos ao ser chamado (ordem verbal).

- 2 pontos: abertura ocular do paciente somente com estímulos dolorosos.
- 1 ponto: nenhuma resposta com abertura ocular à estimulação feita.

RESPOSTA VERBAL – a pontuação vai de 1 a 5

- 5 pontos: Paciente orientado no tempo e no espaço.
- 4 pontos: as respostas são confusas e desorientadas.
- 3 pontos: o paciente responde com palavras impróprias ou desconexas.
- 2 pontos: não há resposta verbal, apenas emissão de sons não-compreensíveis.
- 1 ponto: nenhuma resposta.

RESPOSTA MOTORA – a pontuação varia de 1 a 6:

- 6 pontos: paciente capaz de obedecer os comandos simples em relação á função motora, por exemplo apertar a mão.
- 5 pontos: localiza a dor, tentando afastar a fonte do estímulo ou movendo-se para ela.
- 4 pontos: apenas localiza a dor, mas não tenta retirar sua fonte.
- 3 pontos: se a resposta ao estímulo doloso se fizer em flexão.
- 2 pontos: flexão observada nos membros superiores(rigidez de decorticação) ou resposta em extensão dos membros superiores e inferiores(descerebração).
- 1 ponto: ausência de respostas motoras à estimulação dolorosa.
- Se o paciente apresentar na soma 15 pontos, a avaliação neurológica é considerada em relação ao nível de consciência e a menor nota 3 é compatível com morte cerebral.
- Anotar os resultados.
- Realiza e/ou supervisiona o procedimento.

RESPOSTA PUPILAR – a pontuação varia de 0 a -2;

- 0 pontos: com reação bilateral .
- - 1 pontos: com reação unilateral;
- - 2 pontos: sem reação bilateral.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Considerar níveis de sedação.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário, com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Através da Escala de Glasgow, o paciente pode estar: alerta ou inconsciente, orientado ou desorientado no tempo e no espaço, com falhas de memória, com ausências, confuso, torporoso, sedado ou comatoso.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.


10. REFERÊNCIAS

MCNAMARA, Damian. Escala de coma de Glasgow ganha atualização esclarecedora.

Acesso em: 30 abr. 2018.

M. BRENNAN, Paul; D. MURRAY, Gordon; M. TEASDALE, Graham. [Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury: Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity](#), Journal Of Neurosurgery, 2018. Acesso em: 30 abr. 2018.

Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 17
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Oximetria de Pulso		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Obter o registro da saturação parcial de oxigênio através de monitorização não invasiva.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Adulto, UTI Neonatal, bloco cirúrgico, sala de recuperação, emergência e unidades de internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Equipe de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Aparelho de Oxímetro;
- Cabo de oxímetro (sensor);
- Bolas de algodão;
- Luvas de procedimento;
- Removedor de esmalte.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Ligar o oxímetro;
- Verificar se as unhas estão sem esmalte e dedos limpos e secos;
- Verificar se o lóbulo auricular está livre de acessórios (brincos);

- Realizar a desinfecção do sensor com álcool a 70% ou surfic;
- Coloca-se o sensor do oxímetro em qualquer um dos dedos da mão do paciente, de preferência no dedo indicador ou também no lóbulo auricular.
- Aguardar a apresentação do valor no painel do oxímetro;
- Não exercer pressão sobre o dedo;
- Orientar o paciente quanto a não bater com o oxímetro em superfícies duras ou balançar o mesmo durante a verificação;
- Deixar acionada a tecla de alarme do oxímetro, estabelecendo parâmetros máximo e mínimo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas e desprezar em local adequado;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento e registrar nas anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente as alterações e comunicar enfermeiro e/ou médico.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Erros de leitura que podem ser causados por mal posicionamento ou, pele fria, sudorética.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Evitar colocar o cabo do oxímetro em locais em que as extremidades encontram-se frias/molhadas.

10. REFERÊNCIAS

Universidade Federal do Rio de Janeiro Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Divisão de Enfermagem. Realização de Oximetria de Pulso nos Programas do SMFR.
Janeiro/2013.

Hospital Getúlio Vargas. Serviço de Fisioterapia. Manual de procedimentos operacionais do serviço de fisioterapia. 1ºed. 2012. www.hgv.pi.gov.br/download/201303/HGV15_814d59c90e.pdf .

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 18
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Verificação de Peso e Altura			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Avaliar o padrão do índice de massa corporal

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Balança antropométrica;
- Papel toalha;
- Régua Antropométrica;
- Luvas de procedimento
- Anotações / evoluções de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTO

TÉCNICA:

- Explicar o procedimento ao paciente ou familiar se o paciente for criança;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento
- Proteger o piso ou prato da balança com papel toalha;
- Aferir a balança;
- Travar a balança;

- Solicitar ao paciente que retire os sapatos e roupas pesadas;
- Posicionar o paciente corretamente, ou seja, de frente para a escala da balança;
- Destruar a balança;
- Executar a técnica de pesagem, travar a balança;
- Solicitar ao paciente fique de costas para a régua e mensurar a estatura;
- Encaminhar o paciente para seu leito;
- Desprezar o papel toalha no lixo;
- Realizar desinfecção da balança com álcool a 70 %;
- Retirar às luvas;
- Higienizar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
- Registrar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Pacientes acamados que não tem condições clínicas.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

As aferições devem ser realizadas na admissão do paciente, a critério da enfermeira ou conforme rotina do setor e critério médico.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Pacientes acamados estima-se aproximadamente o peso.


10. REFERÊNCIAS

VIANA, D.L.; PETENUSSO, M. Manual para realização de Exame Físico. Ed. Yendies, 2ª edição, 2013.

BARROS, A.L.B.L. Anamnese e exame físico – avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto, Artmed, 3ª edição, 2015.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 19
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Verificação de Peso do Recém-Nascido			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Pesar o RN.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnico de Enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Balança digital;
- Compressas;
- Luva de procedimento;
- Álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Fazer limpeza prévia da balança com álcool 70% ou surfic;
- Colocar o RN despido no prato da balança;
- Aguardar estabilização do peso do RN;
- Vestir o RN;
- Acomodar o RN no berço;
- Fazer nova limpeza da balança com álcool 70% ou surfic;

- Retirar as luvas;
- Desprezar as luvas em lixo adequado;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar o procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar o peso no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção;
- Manuseio excessivo;
- Queda do RN.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Avaliação da perda ponderal.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Rosa Moraes Enfª Renata Pizzolotto	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 20
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Verificação de Glicemia Capilar			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Verificar os níveis de glicose no sangue.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Aparelho de hemoglicoteste
- Fita teste;
- Lanceta;
- Luva de procedimento;
- Algodão;
- Caixa de perfuro cortante.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento para o paciente e/ou acompanhante;

- Selecionar o local da punção, preferencialmente polpa dos dedos das mãos;
- Realizar antissepsia com algodão seco;
- Ligar o aparelho e verificar calibração (conferir código das fitas com aparelho);
- Realizar pressão sob o local da punção e picar com a lanceta a lateral do dedo, pressionando até a formação de uma gota de sangue;
- Pingar a gota de sangue no local indicado na fita;
- Pressionar o local da punção com algodão seco;
- Aguardar o resultado do exame;
- Descartar fita no lixo contaminado e a lanceta na caixa de perfuro cortante;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o valor do teste no prontuário e checar na prescrição médica.

6. CONTRAINDICAÇÕES

Pacientes que apresentam distúrbios de coagulação;

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Punções desnecessárias no paciente;
- Material insuficiente para realização do exame.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.


10. REFERÊNCIA

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 21
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Verificação de Pressão Arterial			
	Data emissão Janeiro/2022	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Avaliar os níveis pressóricos, detectando possíveis alterações.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja
- Esfigmomanômetro calibrado;
- Estetoscópio;
- Algodão embebido em álcool a 70%.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar a desinfecção das olivas e o diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com o antebraço apoiado em uma

- superfície firme e ao nível do coração, com a palma da mão voltada para cima;
- Expor o membro do paciente, enrolando a manga da roupa, ou retirando-a se necessário, para que não haja garroteamento;
 - Colocar o manguito confortavelmente ao redor do braço, verificando o tamanho correto, centrando a bolsa inflável sobre a artéria braquial, a margem inferior do manguito deve ficar 2,5 cm acima do espaço antecubital;
 - Colocar o manômetro no nível dos olhos, suficientemente perto para ver as calibrações marcadas pelo ponteiro;
 - Localizar a artéria braquial, ao longo da superfície interior do braço, por palpação;
 - Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento;
 - Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos observando a curvatura para frente;
 - Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial;
 - Insuflar o ar no manguito até atingir de 30 a 40 mmHg acima do valor constatado anteriormente;
 - Abrir a válvula vagarosamente e observar no manômetro à descida gradual do ponteiro. Quando se auscultar o um(ruído, este indicará o número correspondente a pressão sistólica;
 - Marcar a pressão sistólica no ponto em que ocorrer a primeira batida, e a pressão diastólica no desaparecimento ou mudança do som;
 - Retirar todo o ar do manguito;
 - Retirar o manguito;
 - Promover a desinfecção das olivas, manguito e do diafragma com álcool a 70% e após desprezar o algodão no lixo;
 - Retirar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Anotar no prontuário;
 - Comunicar a enfermeira qualquer alteração encontrada.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Não verificar níveis pressóricos no membro superior onde há fístula artério venosa, em pacientes mastectomizadas ou com Trombose Venosa Profunda;

- Preferencialmente não verificar Pressão arterial no membro onde há acesso venoso periférico.
- Em caso de paciente amputado e sem condições de verificar PA no membro superior, a verificação deverá ser no membro inferior;

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Os sinais vitais devem ser verificados no mínimo quatro vezes ao dia, devendo ser registrados no prontuário;
- Qualquer alteração deve ser comunicada de imediato ao enfermeiro responsável pelo setor para que sejam tomadas as medidas necessárias.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Utilizar esfigmomanômetro compatível com a circunferência do membro;
- Certificar-se que o aparelho está devidamente calibrado.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 22
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Verificação de Pulso			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Realizar a verificação da frequência cardíaca, detectando possíveis alterações.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja
- Relógio,
- Monitor cardíaco e/ou Oxímetro.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADE/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Lavar as mãos;
- Higienizar luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente sentado ou deitado;
- Colocar as polpas digitais dos dedos médios e indicador, sobre a artéria radial;
- Pressionar suavemente o dorso do punho do paciente;
- Procurar sentir bem o pulsar, antes de iniciar a contagem;

- Contar as pulsações durante 1 minuto;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Evitar a verificação de pulso em membros afetados do paciente por lesões neurológicas e vasculares, e em fístula artéria venosa.
- Não utilizar o polegar para verificação da frequência cardíaca a fim de evitar o profissional sentir o próprio pulso.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- A verificação do pulso deverá ser realizada no mínimo quatro vezes ao dia por 60 segundos, devendo ser registrada no prontuário;
- Qualquer alteração deverá ser comunicado ao enfermeiro responsável pelo setor para serem adotadas as medidas necessárias.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Todas as alterações deverão ser comunicado de imediato ao médico assistente, a fim de evitar complicações e riscos ao paciente.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 23
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Verificação da Frequência Respiratória			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Avaliar a frequência respiratória, identificando possíveis alterações.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Relógio;
- Bandeja.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente sentado ou deitado;
- Colocar as polpas digitais dos dedos médios e indicador, sobre a artéria radial e disfarçar observando os movimentos respiratórios;
- Contar os movimentos respiratórios durante um minuto;
- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos;

- Anotar no prontuário;
- Avaliar frequência, volume e ritmo.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Paciente deve manter-se em repouso durante a verificação;
- Evitar de falar durante a aferição;

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- A verificação da frequência respiratória deverá ser realizada no mínimo quatro vezes ao dia por 60 segundos, devendo ser registrada no prontuário;
- Qualquer alteração deverá ser comunicado ao enfermeiro responsável pelo setor para serem adotadas as medidas necessárias.
- Considerar existência de tipos específicos de respiração relacionados a patologia do paciente.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

É importante que o paciente não perceba que está sendo verificado o número de respirações, para não ocorrer a indução do valor correto.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 24
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Verificação da Temperatura Axilar		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Avaliar os níveis de temperatura corporal, identificando possíveis alterações.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Bandeja contendo:

- Termômetro;
- Algodão com álcool a 70%;
- Papel toalha.
- Luvas de procedimento

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

Reunir o material;

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Afastar o braço do paciente e realizar higienização da axila s/n ou secá-la com papel toalha;

- Encostar o bulbo do termômetro na axila do paciente, posicionando-o perpendicularmente à parede medial da axila;
- Conferir se a coluna de mercúrio esta abaixo de 35°;
- Pedir ao paciente quando consciente para comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando-o transversalmente até o tórax;
- Retirar o termômetro após 3 minutos e proceder à leitura movimentando o termômetro até visualizar a linha de mercúrio;
- Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70% da haste para o bulbo;
- Posicionar a coluna de mercúrio ao ponto inicial;
- Guardar o material;
- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Fratura de membros superiores;
- Pacientes caquéticos;
- Pacientes com lesões nas axilas.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Não utilizar o termômetro na axila que houver lesão de pele;
- Situações que contra indicam a mensuração de temperatura axilar:
- Não colocar na axila correspondente ao membro da Fistula Artério Venosa;
- Em uso de termômetro de mercúrio cuidar para não quebrá-lo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 25
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Verificação da Temperatura Oral			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Avaliar os níveis de temperatura corporal.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: Termômetro;
- Algodão com álcool a 70%; luvas de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Certificar se o paciente ingeriu alimentos quentes ou frios;
- Se fumou ou realizou higiene oral há menos de 30 minutos;
- Acomodar o paciente em decúbito dorsal;
- Introduzir o termômetro sob a língua, deslizando-o lentamente ao longo da gengiva, em direção a porção posterior da boca;

- Solicitar ao paciente o fechamento da boca de forma a acomodar seus lábios, ao redor do termômetro;
- Retirar o termômetro após 3 minutos;
- Fazer a leitura;
- Lavar o termômetro com água corrente e sabão, secar com papel, e fazer desinfecção com álcool a 70%;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
- Anotar no Prontuário;

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Lesões na cavidade oral;
- Pacientes inconscientes ou com doenças mentais.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Deve ser verificada conforme critério do enfermeiro ou médico.
- Não verificar temperatura nos pacientes que apresentarem lesões na cavidade oral.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

GUERRERO GP, BECCARIA LM, TREVIZAN MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 26
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Verificação da Temperatura Retal		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Verificar a temperatura em pacientes inconscientes ou com perturbações mentais.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: Termômetro digital;
- Lubrificante líquido;
- Lençol; Luvas de procedimento;
- Papel toalha ou higiênico.
- Gaze.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, protegendo-o com o lençol;

- Lubrifique a ponta do termômetro;
- Utilizar um lençol sobre o paciente, diminuindo sua exposição e separando as nádegas;
- Inserir lentamente o termômetro por quatro centímetros em direção à coluna vertebral;
- Manter o paciente seguro, caso esteja agitado;
- Retirar o termômetro após 3 minutos retirando o excesso de resíduos fecais com o papel;
- Fazer a leitura;
- Lavar com água e sabão o termômetro e em seguida proceder à desinfecção com álcool 70%, guardando-o em recipiente próprio;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
- Anotar no prontuário;
- OBS: Avaliar a necessidade de biombo
- Posição de Sims

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Cirurgias retais;
- Hemorroidas;
- Obstrução.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Deve ser verificada conforme critério do enfermeiro ou médico.
- Não verificar temperatura nos pacientes que apresentarem lesões na cavidade anal.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfº Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>	POP N° 27		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Verificação de Temperatura do Recém-Nascido			
	Data emissão Janeiro/2021			Data vigência 2021/2022

1. OBJETIVOS

Verificar a temperatura corporal do RN.

2. ABRANGÊNCIA

Maternidade, Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Termômetro;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimentos;
- Algodão.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Encostar o bulbo do termômetro na axila do paciente, posicionando-o perpendicularmente à parede medial da axila;
- Comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando-o transversalmente até o tórax;
- Retirar o termômetro após o bipe se digital, se de mercúrio esperar 5 minutos para retirar;
- Realizar antissepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% da haste para o bulbo;
- Guardar o material;
- Retirar as luvas e desprezar em lixo adequado;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o valor no prontuário.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Processos inflamatórios ou infecciosos e lesões no local da axila (relativa);
- Pacientes com comprometimento circulatório do membro superior (relativa);

- Fraturas de membros superiores.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento, comunicar Pediatra assistente se a temperatura estiver alterada.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Hipotermia;
- Infecções;
- Problemas termorreguladores;
- Exposição ao mercúrio, caso haja quebra do termômetro.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade da paciente;
- Proporcionar conforto e bem-estar ao recém-nascido.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--



**PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE
MEDICAMENTOS**

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 28
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Administração de Medicação Via Auricular			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Administrar medicação em pacientes em tratamento de patologias otológicas, com a finalidade de diminuir cerúmen, aliviar a dor e anestésiar.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Medicação prescrita (frasco com conta-gotas);
- Gazes;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Luvas de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Verificar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preencher a etiqueta;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o medicamento;

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante e a indicação do fármaco;
- Colocar o paciente em decúbito lateral ou sentado com a cabeça lateralizada;
- Segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás;
- Instilar a medicação;
- Solicitar ao paciente para permanecer nesta posição por alguns minutos;
- Fechar e guardar o frasco de medicação;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;

6. CONTRA-INDICAÇÃO

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrado posteriormente;
- Atentar para a presença de vertigem, ajudando o paciente se necessário.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;

- hora certa;
- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa;
- registro certo.
 - Toda medicação por via auricular deve ser administrada no ouvido médio.
 - Inspecionar o frasco da medicação, observando a dose, alteração da cor e data da validade.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP N° 29
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Administração de Medicação Via Endovenosa			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Administrar medicação diretamente na corrente sanguínea para maior rapidez na ação;
- Controlar o volume a ser infundido;
- Reestabelecer ou manter o equilíbrio hidreletrolítico;
- Administrar grandes volumes de líquidos, hemoderivados ou nutrientes parenterais.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem .

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Solução com medicação;
- Seringa com medicação;
- Agulhas;
- Algodão com álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Saco de lixo contaminado;
- Equipo;

- Etiqueta/rótulo de identificação;
- Bomba de infusão s/n;
- Acesso venoso periférico/central já puncionado;
- Caixa de perfuro cortante;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica;
- Realizar a antissepsia da ampola/frasco com algodão embebido em álcool 70%;
- Em caso de frasco realizar a antissepsia da borracha;
- Colocar a etiqueta ou rótulo na medicação;
- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a indicação do fármaco;
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Se acesso heparinizado realizar a antissepsia do polifix com algodão embebido em álcool 70%;
- Se paciente em uso de soroterapia realizar a antissepsia do dispositivo lateral do equipo com algodão embebido em álcool 70%;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação no local da aplicação;
- Em caso de acesso venoso periférico, após administração de medicação heparinizar o cateter ;
- Fechar o sistema;
- Desprezar a agulha em caixa de perfuro cortante;
- Desprezar a seringa e o algodão em saco branco contaminado;
- Retirar as luvas;

- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição medição horário da administração;
- OBS: Em caso de reações pirogênicas comunicar a CCIH, farmácia, guardar o frasco, anotar lote e laboratório.
- Se necessário puncionar outro acesso venoso periférico.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
- Lesões por extravazamentos;
- Erros na administração da medicação;
- Observar tabela de diluição da instituição;
- Avaliar local do acesso quanto a presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, eritema, edema) e realizar a troca antes da aplicação da medicação.

- Inspecionar o frasco da medicação observando a dose, alteração da cor, data da validade e possíveis partículas ;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Conferir se o paciente não é alérgico antes de administrar a medicação;
- Não administrar medicamentos incompatíveis entre si ou em soluções;
- Frascos sem identificação ou ilegíveis não devem ser administrados e devolvidos a farmácia;
- Utilizar etiqueta de identificação da medicação após reconstituição ou diluição da mesma com os seguintes dados (nome do paciente, leito, nome da medicação, data e hora, via e nome do profissional).

10. REFERÊNCIAS


POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

NASCIMENTO, M.M.G; ROSA M,B; HARADA, M.J.C.S. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. Rev. Meio de cultura hospitalar, n 52, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 30
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Administração de Medicação Via Gástrica		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Administrar medicamentos por sonda de gastrostomia ou nasogástrica/ nasoentérica para pacientes impossibilitados de deglutir.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Gaze;
- Copo com medicação;
- Copo com água potável;
- Triturador de comprimido s/n;
- Medicação diluída;
- Seringa de 20ml;
- Estetoscópio,
- Luvas de procedimento;
- Etiqueta de identificação da medicação;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica ;

Se medicação em comprimido:

- Retirar da embalagem e colocar no triturador;
- Triturar o comprimido até se formar pó;
- Diluir em 10 a 20ml de água potável e aspirar.

Se medicação em solução:

- Aspirar a dose prescrita;
- Diluir em 10 a 20ml de água potável.
- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a indicação do fármaco;
- Posicionar paciente com cabeceira elevada 45
- Auscultar sonda para confirmação de posicionamento
- Introduzir o medicamento através da sonda;
- Lavar a sonda com 60 ml de água e após fechá-la;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Não administrar medicação por sonda nasogastrica ou nasoentérica se não confirmar o posicionamento da mesma.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
- Risco de aspiração;
- Risco de obstrução de sonda.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Em casos de vômito até 30 minutos, administrar novamente a medicação.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 31
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Administração de Medicação Via Intradérmica			
	Data emissão Janeiro/2020	Data vigência 2020/2021	Próxima revisão 2022	

1. OBJETIVOS

Administrar medicamentos na derme para verificar a sensibilidade a alérgenos e reações de hipersensibilidade.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem .

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Agulha 13 \times 4.5 e 40x12;
- Seringa;

- Medicação prescrita;
- Luvas de procedimento;
- Algodão embebido com álcool 70%;
- Etiqueta com identificação da medicação;
- Caixa de perfuro cortante;
- Saco branco contaminado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, o horário, leito, via, o nome e a dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, realizar a antissepsia da ampola com algodão embebido em álcool 70%;
- Colocar a etiqueta preenchida na seringa;
- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e a indicação do fármaco;
- Escolher o local da aplicação, preferencialmente se aplica na face interna do antebraço, seguido da parte superior do tórax, superior do braço e da região escapular;
- Distender a pele do local de aplicação com auxílio dos dedos polegar e indicador;
- Introduzir na pele apenas o bisel da agulha voltado para cima, o mais superficial possível, ficando a seringa paralela ao antebraço num ângulo de 15 graus;
- Não aspirar a medicação;
- Injetar o medicamento lentamente até formar uma pequena pápula logo abaixo da pele;
- Retirar a agulha em movimento rápido e único;
- Não friccionar o local;
- Desprezar a agulha em caixa de perfuro cortante;
- Desprezar a seringa e o algodão no lixo contaminado;

- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrado posteriormente;
- Não fazer massagem no local após a administração da medicação.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
- Volume máximo a ser administrado 05ml.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;

- A administração intradérmica pode ser realizada sem antissepsia para não interferir na absorção do medicamento.


10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 32
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Administração de Medicação Via Intramuscular			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2022/2023	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Administração de medicação no tecido muscular, proporcionando absorção mais rápida do medicamento.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem .

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Agulhas;
- Seringa descartável;
- Algodão embebido em álcool 70%/ seco;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Caixa de perfuro cortante;
- Medicação prescrita;
- Luva de procedimento;
- Saco plástico de lixo contaminado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

Aplicação de medicamento na Região do Deltoide:

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
- Localizar o músculo deltoide que fica de 2 a 3 dedos abaixo do acrômio, realizar assepsia e administrar a medicação.

Aplicação de medicamento em Região Glútea:

- Posicionar o paciente em decúbito lateral ou ventral;
- Expor a área muscular;
- Traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca postero-superior até o trocânter do fêmur;
- No quadrante superior externo realizar assepsia e administrar a medicação.
- Confirmar na prescrição médica a data, o horário, via, leito, o nome e a dosagem da medicação preenchendo a etiqueta;
- Higienizar as mãos;
- Preparar a medicação seguindo técnica asséptica, realizar a antissepsia da ampola/frasco com algodão embebido em álcool 70%;
- Em casos de frasco realizar a antissepsia da borracha;
- Colocar biombo s/n;
- Colocar a bandeja, com a medicação rotulada, sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- Calçar luvas;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou seu acompanhante e a indicação do fármaco;
- Escolher a região adequada, considerando tipo de medicação, aspecto e volume;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a região escolhida;
- Fazer antissepsia do local, com movimento firme em um só sentido de cima para baixo, usando algodão embebido em álcool 70%;
- Esperar secar;
- Segurar a seringa horizontalmente com uma das mãos;
- Fixar o músculo, esticando ligeiramente a pele com o polegar e o indicador da outra mão;
- Introduzir a agulha no músculo com movimento único e rápido, formando um ângulo de 90 graus com a pele;

- Retirar a mão do músculo e aspirar, tracionando o êmbolo e observar se há entrada de sangue na seringa (em caso de presença de sangue, mudar o local de aplicação);
- Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
- Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;
- Comprimir o local da punção com algodão seco;
- Fazer ligeira compressão no local com algodão;
- Colocar o paciente em posição confortável e observá-lo por alguns minutos para ver se apresenta alguma reação;
- Desprezar a agulha no coletor de material perfuro cortante.
- Desprezar a seringa e o algodão no lixo branco contaminado;
- Higienizar as mãos;
- Checar a prescrição médica;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Evitar áreas inflamadas com presença de nódulos ou lesões, com hipotrofias;
- Atentar para pacientes paraplégicos.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Observar reações às medicações;

- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;

- hora certa;
- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa;
- registro certo.
- Observar o volume de líquido a ser administrado. Administrar entre 1 e 5 ml. Deltoide 2ml; Glúteo 5 ml; Vasto lateral 3 ml;
- Inspeccionar o frasco da medicação observando a dose, alteração da cor, data da validade e possíveis partículas;
- Lesões por falha na administração;
- Embolia pulmonar por administração de medicamento em veia ou artéria glútea.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Em casos de reações alérgicas ou sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Realizar rodízio do local de administração da medicação;
- Antes de administrar a medicação realizar aspiração para evitar aplicar em vasos sanguíneos.
- Ao aplicar a medicação, se presença de sangue retirar imediatamente a seringa;


10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 05/01/2021.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 33
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Administração de Medicação Via Nasal		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Introduzir a medicação através do trato respiratório para tratamento de infecções diminuindo o edema da mucosa nasal

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem .

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Medicação prescrita (frasco conta-gotas, spray, aerossóis);
- Gazes;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Verificar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preencher a etiqueta ;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;

- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante e a indicação do fármaco;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
- Limpar o excesso de medicamento com gaze;
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;
- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Inspeccionar às narinas quanto a presença de secreção antes de administrar o medicamento.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;

- via certa;
- técnica certa;
- registro certo.
- Inspeccionar o frasco da medicação, observando a dose, alteração da cor e data da validade.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas ou sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Atentar para tosse evitando problemas respiratórios.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 34
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Administração de Medicação Via Ocular		
	Data emissão Janeiro/2020	Data vigência 2020/2021	

1. OBJETIVOS

Aplicar medicamentos líquidos na forma de gotas ou pomadas no olho, antibióticos, anestésicos, antideclamatórios, lubrificantes e antifúngicos no olho.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Medicação prescrita (colírios ou pomadas);
- Gazes;
- Algodão para higiene;
- Tampão ocular s/n;
- Cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Higienizar as mãos;

- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação;
- Lavar às mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante e a indicação do fármaco;
- Calçar luvas;
- Oferecer a gaze ao paciente;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com o pescoço levemente hiperestendido;
- Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n;
- Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gaze;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;
- Instilar o medicamento no centro do saco ocular inferior;
- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamento pelas superfícies conjuntivais;
- Nos casos de pomadas, depositar uma camada fina em toda a extensão do saco ocular externo para o ângulo interno do olho;
- Enxugar o excesso do medicamento com gaze, de dentro para fora;
- Fechar o frasco de medicamento;
- Observar as reações do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- OBS: Com alguns medicamentos como a atropina deve-se observar que não entre no canal lacrimal em função da absorção. Para evitar deve-se colocar o polegar protegido de uma gaze no canto interno do olho.
- Supervisionar os procedimentos.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrado posteriormente;
- Não aplicar a medicação diretamente nas córneas;
- Não administrar colírio no ducto lacrimal.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
 - Evitar contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada na mucosa ocular.
 - Inspeccionar o frasco da medicação, observando a dose, alteração da cor e data da validade.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente.
- Para amenizar reações sistêmicas, quando possível solicitar ao paciente que pressione com um dos dedos sobre o ducto lacrimal do canto interno no momento em que o profissional instila a medicação.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 35
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Administração de Medicação Via Oral			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Administrar medicamentos prescritos como: comprimidos, capsulas, pílulas, líquidos para serem absorvidos no trato gastrointestinal.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem .

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: Medicação prescrita;
- Copinho ou seringa (criança);
- Copo com água;
- Triturador de comprimidos (se necessário);
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA: COMPRIMIDOS/CÁPSULAS E PÍLULAS

- Higienizar as mãos.
- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta.
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a etiqueta;

- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante e a indicação do fármaco;
- Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;
- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;
- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;

TÉCNICA: LÍQUIDOS E SUSPENSÕES

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta.
- Higienizar as mãos;
- Agitar o frasco com o medicamento;
- Colocar a tampa do frasco para cima na superfície, abri-lo evitando contaminação;
- Colocar a dose da medicação prescrita no copo identificado;
- Fechar o frasco, identificando data, horário e nome do profissional que abriu a embalagem;
- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante e a indicação do fármaco;
- Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;
- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;

- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrado posteriormente;
- Avaliar estado de consciência do paciente antes da administração da medicação;
- Atentar para pacientes com êmese ou náuseas.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
- Inspeccionar o frasco da medicação observando a dose, alteração da cor, data da validade e possíveis partículas;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Em casos de vômito até 30 minutos administrar novamente a medicação;
- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente.

10. REFERÊNCIA

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 05/01/2021.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon</p>	<p>Revisado por: Enf^a Daniele Berwanger Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 36
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Administração de Medicação Via Retal			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Administrar medicamentos por via retal.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: Medicação prescrita;
- Etiqueta de identificação de medicação;
- Saco de plástico de lixo contaminado;
- Biombo;
- Gazes;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via, dosagem da medicação; nome da medicação;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar biombo s/n;

- Explicar ao paciente o procedimento ou ao seu acompanhante e a indicação do fármaco;
 - Colocá-lo em decúbito lateral esquerdo – Posição de Sims;
 - Calçar as luvas;
 - Abrir o invólucro e pegar a medicação;
 - Afastar as nádegas e introduzir delicadamente a medicação de 5 a 7 cm após o esfíncter anal e pedir ao paciente que o retenha;
 - Aplicar suave pressão contraindo as nádegas por aproximadamente 5 minutos e observar sinais de dor ou desconforto;
 - Deixar o paciente confortável;
 - Retirar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Checar na prescrição médica;
- OBS: Não retirar da embalagem o supositório se estiver amolecido, neste caso colocar na geladeira antes do uso;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrado posteriormente;
- Atentar para pacientes com hemorroidas, lesões ou cirurgias do trato retal.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;

- diluição certa;
- dose certa;
- hora certa;
- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa;
- registro certo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Em casos de reações alérgicas ou sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Quando da utilização de pomadas esse deve ser de uso individual e identificado com nome do paciente, leito, data de abertura e assinatura do profissional.


10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 37
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Administração de Medicação Via Subcutânea		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Administração de medicamentos no tecido conjuntivo, por baixo da derme.
- Utilizado para a administração de anticoagulantes, insulinas e vacinas.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: Agulha 13 x 4.5,;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%/seco;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Caixa de perfuro-cortante;
- Saco plástico de lixo contaminado;
- Medicação prescrita;
- Fita crepe e luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, o horário, via, leito, o nome e a dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta;

- Higienizar as mãos;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, realizando a antissepsia da ampola com algodão embebido de álcool 70%, rotulando a mesma;
- Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;
- Calçar as luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante e a indicação do fármaco;
- Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada;
- Fazer a antissepsia da pele;
- Com o polegar e indicador, firmar a pele e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90° em relação à pele;
- Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Desprezar a agulha na caixa de perfuro cortante;
- Desprezar a seringa e algodão no lixo contaminado;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Pressionar o local da aplicação e não massagear;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Quando da aplicação de insulina realizar rodízio dos locais das regiões evitando abscessos e lesões;
- Na administração da heparina não se deve aspirar antes de injetar a medicação para evitar traumatismo de tecido, não massageando o local, o que favorece a absorção.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;

- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
- Inspecionar o frasco da medicação observando a dose, alteração da cor, data da validade e possíveis partículas ;
- Administrar em vasos sanguíneos;
- Volume máximo a ser administrado 1ml.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Aplicar longe de áreas vermelhas, com cicatrizes, inflamações e feridas cirúrgicas;


10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 38
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Administração de Medicação Via Sublingual		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Absorver medicamentos pela mucosa oral, obtendo maior rapidez na absorção, comparado a via oral.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: Medicação prescrita;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Copo pequeno descartável;
- Agulha 40×12 s/n;
- Luvas de procedimento s/n;
- Espátula.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Verificar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a medicação em um copo descartável etiquetando;

- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Calçar luvas;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante e a indicação do fármaco;
- Colocar a medicação debaixo da língua do paciente;
- Orientar o paciente para que não engula a medicação;
- Observar as reações da medicação;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;
- Deixar o paciente em condições confortáveis;
- Retirar às luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica e anotar intercorrência;
- OBS: Para medicamentos em cápsula furar o invólucro e colocar o medicamento debaixo da língua;
- Se necessário utilizar espátula para auxiliar a colocação do medicamento.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrado posteriormente;
- Avaliar estado de consciência do paciente antes da administração da medicação;

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;

- diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
- Inspecionar a medicação, observando a dose, aspecto da cor e data da validade;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 39
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Administração de Medicação Via Vaginal			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Administrar medicamentos por via vaginal, sob a forma de supositório, comprimidos, óvulos, geleias, cremes e pomadas.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja
- Medicação prescrita;
- Luva de procedimento;
- Aplicador;
- Biombo s/n;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Gaze.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;

- Preparar a medicação;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Colocar biombo se necessário para privacidade do paciente;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a indicação do fármaco;
- Calçar luvas;
- Colocar a paciente em posição ginecológica;
- Realizar higiene íntima se necessário;
- Com auxílio de uma gaze afastar os grandes e pequenos lábios;
- Comunicar o paciente da introdução do aplicador ou medicação;
- Administrar a medicação;
- Orientar o paciente para que permaneça em decúbito dorsal por 15 a 20 minutos para melhor absorção do medicamento.
- Deixar o paciente em condição confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Não administrar medicação sem comunicar o médico assistente se paciente apresentar lesões na genitália ou sangramento.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)

- prescrição médica certa;
- paciente certo;
- medicação certa;
- validade certa;
- diluição certa;
- dose certa;
- hora certa;
- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa;
- registro certo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Os aplicadores vaginais são de uso individual e descartáveis.


10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon</p>	<p>Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 40
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Nebulização		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Aplicar medicamentos não voláteis pelo trato respiratório, com aporte de ar comprimido ou oxigênio;
- Umidificar as vias respiratórias e fluidificar secreções.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Inalador com medicações prescrita;
- Solução Fisiológica;
- Luvas de procedimento;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Intermediário;
- Papel toalha.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;

- Higienizar as mãos;
- Levar o material rotulado ao quarto do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante e a indicação do fármaco;
- Calçar luvas;
- Posicionar o paciente em decúbito elevado, expandindo a região pulmonar para melhor dispersão da medicação;
- Adaptar a máscara de inalação sobre a face do paciente e orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;
- Providenciar escarradeira, para o paciente expectorar;
- Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Após o término desligar o fluxômetro;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Pacientes com lesões ou queimaduras graves na face.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
 - Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
- prescrição médica certa;
- paciente certo;
- medicação certa;
- validade certa;

- diluição certa;
- dose certa;
- hora certa;
- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa
- registro certo.
 - Infecções respiratórias;
 - Alterações de sinais vitais por administração de broncodilatador.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas, sistêmicas e alterações nos sinais vitais comunicar o médico assistente;
- Realizar a troca do circuito de inalação conforme orientação do CCIH.


10. REFERÊNCIAS

PARENTE, A.A.A.I.; MAIA P.N. Aerosolterapia, Artigo de Revisão. Rio de Janeiro, 2013 22(3):14-19.

Governo do Distrito Federal (Brasília – DF), Secretária de Estado de Saúde, Subsecretária de Atenção à Saúde, Gerência de Enfermagem. Manual de Procedimento de Enfermagem (Internet). Brasília; 2012. Acesso em 13/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 41
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Venóclise			
	Data emissão Janeiro/2020	Data vigência 2020/2021	Próxima revisão 2022	

1. OBJETIVOS

- Administrar hidratação, medicamentos e eletrólitos na corrente sanguínea;
- Restabelecer o volume sanguíneo;
- Restaurar equilíbrio ácido básico.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Equipo;
- Bomba de infusão se necessário;
- Algodão com álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Solução prescrita;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Acesso venoso já puncionado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;
- Preparar solução conforme técnica asséptica;
- Abrir o frasco de solução e datar o equipo e polifix (conforme orientação CCIH);
- Retirar o ar, pinçar e proteger a extremidade do equipo;
- Realizar antissepsia da ampola/frasco com algodão embebido em álcool 70%;
- Em caso de frasco realizar a antissepsia da borracha;
- Introduzir os medicamentos prescritos;
- Colocar o frasco na bandeja devidamente identificado/rotulado;
- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Levar a bandeja para junto do mesmo;
- Explicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento e a ação do fármaco;
- Colocar o frasco no suporte de soro;
- Fazer assepsia da via do polifix onde será conectado o equipo;
- Conectar o equipo ao cateter venoso periférico /central;
- Regular o tempo do gotejamento, se for necessário administração de solução em BI, ajustar tempo de infusão e volume de vazão, conforme prescrição médica;
- Observar reação do paciente;
- Deixar o paciente confortável,
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Não administrar medicamentos que estejam turvos;
- Preferencialmente não infundir soluções com hemoderivados.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa;
 - registro certo.
- Lesões por extravazamentos;
- Avaliar local do acesso quanto a presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, eritema, edema) e realizar a troca antes da aplicação da medicação.
- Inspeccionar o frasco da medicação observando a dose, alteração da cor, data da validade e possíveis partículas ;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Conferir se o paciente não é alérgico antes de administrar a medicação;
- Não administrar medicamentos incompatíveis entre si ou em soluções;
- Frascos sem identificação ou ilegíveis não devem ser administrados e devolvidos a farmácia;

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.


COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

NASCIMENTO, M.M.G; ROSA M,B; HARADA, M.J.C.S. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. Rev. Meio de cultura hospitalar, n 52, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--



ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 42
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Higienização Corporal – Banho de Leito			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Limpeza da pele, removendo sujidades e estimulando a circulação, proporcionando conforto e bem-estar ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Toalha de banho;
- Material para higiene oral;
- Luva de procedimento;
- Roupa de cama;
- Biombo;
- Hamper/ saco plástico
- Sabonete líquido;
- Roupas paciente/camisola;
- Avental;
- Algodão seco;
- Emolientes;
- Bacias;
- Jarro para água.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material, próximo ao leito;
- Fechar janelas e portas; Colocar o biombo s/n;
- Higienizar as mãos
- Colocar avental;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Desprender a roupa de cama;
- Retirar o travesseiro, a fronha suja colocar no hamper;
- Ocluir o ouvido com algodão;
- Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, pescoço, orelhas;
- Remover camisola ou camisa do pijama proteja o tórax com lençol ou toalha;
- Lavar, enxaguar e enxugar o braço e a mão, do lado mais distante para o mais próximo;
- Lavar e enxaguar o tórax, abdome com movimentos circulares, ativando a circulação;
- Enxugar a região lavada;
- Cobrir o tórax com lençol limpo abaixando o lençol em uso até a região genital;
- Lavar, enxaguar e enxugar os pés, as pernas, do tornozelo até a raiz da coxa;
- Colocar a comadre se preferir;
- Realizar higienização íntima;
- Retirar a comadre e deixá-la ao lado do leito;
- Colocar o paciente em decúbito lateral, empurrar a roupa úmida para o meio do leito para trocá-lo;
- Trocar as luvas para mexer com a roupa de cama limpa;
- Proceder à arrumação do leito com o paciente em decúbito lateral;
- Colocar a roupa suja no hamper;
- Posicionar o paciente no leito;
- Colocar o travesseiro com fronha limpa;

- Encaminhar bacia, jarro e comadre para o expurgo;
- Retirar as luvas e avental;
- Higienizar as mãos;

OBS:

- Massagear a pele do paciente com ácido graxos essenciais e/ou hidratante;
- Nas proeminências ósseas atentar para a integridade da pele, utilizando curativo transparente para prevenção de lesões.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Pacientes com restrições de movimentos ou médicas

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Tração acidental de sondas, drenos e cateteres;
- Queda do leito;
- Aspiração acidental.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Caso o paciente esteja recebendo dieta enteral contínua, suspender a infusão antes do banho. Em caso de dieta em sistema aberto aguardar 30 minutos após o término da dieta.
- Testar temperatura da água antes do procedimento.


10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98 801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 43
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Higiene do Couro Cabeludo			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Promover a higienização dos cabelos, evitando seborreia e melhorando o conforto do paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bacia com água morna;
- Biombo;
- Impermeável grande ou saco plástico de 100 litros;
- Avental;
- Algodão;
- Luvas de procedimento;
- Xampu, pente e/ou escova;
- Toalha de banho.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;
- Vestir o avental e calçar as luvas;
- Promover a privacidade do paciente;
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- Colocar o impermeável e a toalha sob os ombros do paciente;
- Colocar a bacia sob a cabeça do paciente;
- Derramar a água morna no cabelo;
- Aplicar o xampu e massagear com as pontas dos dedos;
- Enxaguar os cabelos;
- Retirar a bacia e colocar a toalha na cabeça do paciente;
- Retirar o impermeável;
- Secar os cabelos e penteá-los;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Desprezar a água e encaminhar o material ao expurgo;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Pacientes hemodinamicamente instáveis/ou graves;
- Hipotermia.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do leito;
- Aspiração acidental de dieta enteral;
- Tração acidental de drenos e cateteres.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Caso o paciente esteja recebendo dieta enteral contínua, suspender a infusão antes do procedimento. Em casos de dieta em sistema aberto aguardar 30 minutos após o término da infusão;
- Testar a temperatura da água antes do procedimento.


10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 44
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Higiene Íntima Feminina			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Prevenir infecções, proporcionar higiene, conforto e preparar pacientes para procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bacia com água morna;
- Sabonete neutro;
- Clorexidine Aquosa 2%(se paciente estiver com dispositivo urinário);
- Luvas de procedimento;
- Avental impermeável;
- Saco de lixo;
- Comadre;
- Gaze;
- Hamper;
- Biombo Lençol (para forro);
- Compressas .

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;
- Vestir o avental e calçar as luvas;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo;
- Colocar a paciente em posição ginecológica retirando a calcinha ou fralda;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a vulva com água;
- Ensaboar e enxaguar a região vulvar por fora, de cima para baixo;
- Afastar os grandes lábios e lavar no sentido Antero-posterior, sem atingir o ânus;
- Lavar o ânus por último;
- Irrigar a vulva com água limpa;
- Retirar a comadre;
- Enxugar a vulva com o forro que está sob a paciente;
- Retirar o forro;
- Colocar o material usado, no hamper;
- Deixar a paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Desprezar a água e encaminhar o material ao expurgo;
- Retirar as luvas e o avental;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Pacientes com fraturas ou pós-operatório de cirurgias ortopédicas e medulares;
- Risco de infecção urinária por técnica de higienização incorreta;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter a água em temperatura adequada;
- Em pacientes com lesões medulares ou pós operatórios de grandes cirurgias ortopédicas não utilizar comadre;
- Movimentação em bloco;
- Pacientes com sonda vesical em sistema fechado, após a higienização com água e sabonete, realizar higiene do meato urinário com clorexidine aquosa 2%.


10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 45
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Higiene Íntima Masculina			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2022	

1. OBJETIVOS

Prevenir infecções, proporcionar higiene, conforto e preparar pacientes para procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnico de Enfermagem e Enfermeiros.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bacia com água morna;
- Sabonete neutro;
- Clorexidine Aquosa 2%(se paciente estiver com dispositivo urinário);
- Luvas de procedimento;
- Avental impermeável;
- Saco de lixo;
- Comadre;
- Gaze;
- Hamper;
- Biombo Lençol (para forro);
- Compressas ;
- Comadre.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Trazer o hamper próximo ao leito;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Vestir o avental e calçar as luvas;
- Posicionar o paciente expondo somente a área necessária para a higienização;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a região genital;
- Afastar o prepúcio para trás;
- Iniciar a higiene ensaboando a glândula e em seguida todo o corpo do pênis;
- Irrigar com água, retirando o sabão;
- Ensaboar e lavar a região anal;
- Irrigar com água para retirar o sabão;
- Retirar a comadre e enxugar a região;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar o forro e deixar o paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Desprezar a água e encaminhar o material para o expurgo;
- Retirar as luvas e o avental;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- OBS: Se houver presença de secreção purulenta na região uretral, limpar com gaze antes de proceder a limpeza com água e sabão;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesão por retração de prepúcio;
- Edema de glândula;
- Cirurgias ortopédicas e medulares;
- Risco de infecção urinária por técnica de higienização inadequada.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reposicionar o prepúcio após a higiene;
- Em pacientes com lesões medulares ou pós operatórios de grandes cirurgias ortopédicas não utilizar comadre.


10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 46
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Higiene Ocular			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Remover secreções e/ou sujidades, prevenindo infecções e inflamações, proporcionar conforto e bem-estar ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: Solução Fisiológica 0,9%;
- Água destilada;
- Gazes;
- Luvas de procedimento;
- Cuba pequena;
- Toalha de rosto ou compressa.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas;

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Umedecer a gaze com a solução;
- Proceder à limpeza do ângulo interno do olho ao externo, utilizando o lado da gaze somente uma vez, repetir quantas vezes forem necessárias;
- Secar delicadamente;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material;
- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Pós operatório imediato de cirurgias oculares.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesão de córnea;
- Sangramento ocular;
- Conjuntivite;
- Edema palpebral.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.
 POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 47
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Higiene Oral			
	Data emissão Janeiro/2020	Data vigência 2020/2021	Próxima revisão 2022	

1. OBJETIVOS

Realizar higienização da cavidade oral, evitando infecções, diminuindo halitose e proporcionando bem-estar ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Lubrificante líquido para os lábios se necessário;
- Copo com água;
- Forro ou toalha de rosto;
- Cuba redonda e Pinça pean ou Espátula,
- Luva de Procedimento;
- Óculos de Proteção (quando paciente com muita secreção);
- Gaze;
- Saco de Lixo;
- Solução Antisséptica;
- Creme Dental e Escova.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em posição de Fowler ou Semi-Fowler;
- Colocar a máscara, óculos (s/n) e luvas;
- Colocar uma toalha protegendo o tórax e pescoço do paciente;
- Proceder à limpeza de toda a boca_e língua do paciente, usando gaze envolto em espátulas ou pinça montada com torundas, embebidas em solução antisséptica;
- Enxaguar a cavidade oral com água;
- Manter o paciente confortável reposicionando-o no leito;
- Retirar as luvas, a máscara e os óculos;
- Higienizar as mãos;
- Recolher o material;
- Realizar a limpeza dos óculos de proteção;
- Anotar no prontuário.

OBS:

- Evitar que o paciente ingira a solução antisséptica;
- Paciente que faz uso de prótese solicitar que retire a mesma ou auxiliá-lo colocando na cuba - rim. Limpar a gengiva, palato e língua.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Pacientes submetidos a cirurgias buco maxilofacial.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Bronco aspiração;
- Infecções respiratórias relacionadas à má higienização;

- Lesões na mucosa e tecido gengival;
- Náuseas;
- Sangramento.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Orientar quanto a higienização oral após as refeições;
- Pacientes em condições, auxiliar na realização da higienização, promovendo o autocuidado.
- Manter o paciente em posição de Fowler ou Semi-Fowler durante o procedimento;
- Atentar para pacientes com plaquetopenia, prevenindo sangramentos.


10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 48
	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p>Higienização/Curativo de Traqueostomia</p> <p>Plástica ou metálica</p>		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Remover sujidade e secreções na inserção da traqueostomia e em endocânula;
- Diminuir o risco de infecção.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Pacote de curativo;
- Gazes;
- Cadarço;
- Solução fisiológica a 0,9%;
- Saco de lixo contaminado;
- Cuba rim;
- Material para aspiração traqueal;
- Compressas;
- Biombo se necessário;
- Máscara;
- Óculos de proteção;

- Luva de procedimento e estéreis;
- Luva de toque

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente utilizando biombo se necessário;
- Colocar EPIs recomendados;
- Calçar luvas;
- Colocar o paciente em decúbito a 45° elevado e proteger o tórax do paciente com compressa;
- Abrir o pacote de curativo;

Traqueostomia Plástica:

- Realizar aspiração de traqueostomia se necessário;
- Retirar luva de toque;
- Remover a fixação e o curativo antigo com a pinça anatômica;
- Desprezar o curativo sujo e a luva de toque no lixo contaminado;
- Apanhar a torunda com a pinça Crylle, umedecendo com SF 0,9% e iniciar a limpeza, em sentido único, utilizando todos os lados da torunda;
- Desprezar o material no saco contaminado;
- Secar em torno da traqueostomia de forma delicada;
- Colocar gaze seca ao redor da traqueostomia;
- Fixar a traqueostomia com cadarço.

Traqueostomia Metálica:

- Realizar aspiração de traqueostomia se necessário;
- Retirar luva de toque;
- Remover a fixação e o curativo antigo com a pinça anatômica;
- Desprezar o curativo sujo e a luva de procedimento no lixo contaminado;
- Calçar as luvas estéreis;

- Retirar a cânula metálica interna, colocando-a na cuba rim com soro fisiológico a 0,9%, por alguns minutos;
- Remover as secreções e crostas da cânula interna, passando quantas gazes forem necessárias pelo interior da cânula;
- Enxaguar a cânula interna, na cuba rim, com SF estéril e colocá-la no campo esterilizado;
- Introduzir a cânula interna no orifício da externa ;
- Desprezar o curativo sujo e a luva de toque no lixo contaminado;
- Apanhar a torunda com a pinça Crylle, umedecendo com SF 0,9% e iniciar a limpeza, em sentido único, utilizando todos os lados da torunda;
- Desprezar o material no saco contaminado;
- Secar em torno da traqueostomia de forma delicada;
- Colocar gaze seca ao redor da traqueostomia;
- Fixar a traqueostomia com cadarço.
- Retirar a compressa do tórax do paciente;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar luvas;
- Encaminhar os resíduos do curativo para descarte adequado para no lixo contaminado;
- Desprezar as pinças do curativo em local adequado
- Higienizar EPIs se necessário;
- Higienizar às mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não realizar a troca de curativo em pacientes POI de traqueostomia;

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.
- Evoluir se presença de secreção, odor e aspecto da inserção da traqueostomia;
- Se intercorrências ou anormalidades comunicar o médico assistente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Obstrução de traqueostomia;
- Tracionamento acidental do dispositivo;
- Contaminação durante o procedimento.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Procedimento deve ser realizado por dois profissionais;
- Avaliar e atentar para desconforto respiratório durante o procedimento;
- Em traqueostomia plástica manter pressão adequada do Cuff.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p><small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small></p> </div>		POP N° 49
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Higienização das Mãos com Água e Sabonete Líquido		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Prevenir a transmissão cruzada de infecções;
- Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujeira propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de Internação e Ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Todos os profissionais da instituição.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Água corrente;
- Lavatório exclusivo para higiene das mãos;
- Lixeira para descarte de papel toalha;
- Papel toalha;
- Sabonete líquido.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- A higiene das mãos deverá ser realizada conforme os “5 momentos para higienização das mãos”: antes do contato com o paciente; antes da realização do

procedimento asséptico, após exposição a fluídos corporais, após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas do paciente;

- Retirar todos os adornos das mãos;
- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si. A lavagem das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando totalmente os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- No caso de torneira com contato manual para fechamento, fechar a torneira com papel toalha, desprezando-o na lixeira para resíduos comuns.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Dermatite nas mãos;
- Ressecamento das mãos.
- Transmissão de infecção cruzada;
- Contaminação de objetos.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Enxaguar bem as mãos para remover todo o resíduo de sabonete líquido;
- Evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele;
- Não lavar as mãos com água e sabonete imediatamente após o uso de preparações alcoólicas, a fim de evitar dermatites.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília;

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília; 2017.

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 50
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Movimentação do paciente Dependente			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Auxiliar o paciente a ficar em posição confortável e prevenir úlceras de pressão.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Travesseiro;
- Lençol;
- Coxins;
- Luva de procedimento;
- Travessa.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
- Deixar a cama em posição horizontal;
- Colocar um travesseiro na cabeceira do leito;
- Dobrar as laterais do lençol, enrolar até próximo ao paciente;

- Segurar, firmemente o lençol, ou travessa e um técnico de cada lado do leito, num movimento ritmado, movimentar o paciente para a cabeceira, movimentar paciente para a mesma direção;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Retirar as luvas e descartar em lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Paciente politraumatizado;
- Alguns decúbito podem ser contra-indicados para pacientes com traumas raquimedular ou de quadril. Atentar para contra-indicação médica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Queda do leito;
- Tração acidental de cateteres, drenos e/ou tubos;
- Úlcera de pressão.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter as grades de proteção da cama sempre erguidas;
- Manter colchão piramidal;
- Mobilizar com cuidado pacientes com fraturas e presença de drenos e cateteres;
- Não utilizar luvas de procedimento com água para proteção de proeminências;
- Realizar a mudança de decúbito, pelo menos, a cada duas horas a fim de evitar formação de úlcera de pressão;
- Utilizar coxins para proteção das proeminências ósseas.


10. REFERÊNCIAS

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2018 [Acesso em 2021 janeiro 05]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201807/HGV20_d12b397436.pdf

Instituto neurológico, cardiológico e de terapia intensiva. Protocolo de posicionamento do paciente acamado [Internet]. [Acesso em 2017 abr 09]. Disponível em: <http://www.ineti.med.br/pdf/diretrizes/diretrizes25.pdf>

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^a Daniele Berwanger Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 51
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Movimentação do Paciente que Auxilia			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Auxiliar o paciente a ficar em posição confortável e prevenir lesão por pressão.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Travesseiro;
- Lençol;
- Coxins;
- Luva de procedimento;
- Travessa.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o que será feito;
- Deixar a cama em posição horizontal;
- Proteger a cabeça do paciente colocando um travesseiro na cabeceira da cama;
- Solicitar para o paciente flexionar os joelhos e firmar os pés no colchão;

- Orientar o paciente para dar um simples impulso no momento adequado;
- Movimentar o paciente para a cabeceira de modo coordenado;
- Retirar as luvas e descartar em lixo adequado;
- Higienizar as mãos;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Anotar no prontuário.

6. CONTRA-INDICAÇÃO

A critério médico.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Queda do leito;
- Tração acidental de cateteres, drenos e/ou tubos;
- Lesão por pressão.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter as grades de proteção da cama sempre erguidas;
- Manter colchão piramidal;
- Mobilizar com cuidado pacientes com fraturas e presença de drenos e cateteres;
- Não utilizar luvas de procedimento com água para proteção de proeminências;
- Utilizar coxins para proteção das proeminências ósseas.


10. REFERÊNCIAS

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

Instituto neurológico, cardiológico e de terapia intensiva. Protocolo de posicionamento do paciente acamado [Internet]. [Acesso em 2017 abr 09]. Disponível em: <http://www.ineti.med.br/pdf/diretrizes/diretrizes25.pdf> Não Paginado. [201-].

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 52
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Movimentação – Sentar Paciente na Beira do Leito			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Proporcionar conforto e prevenir lesão por pressão.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Travesseiro;
- Lençol;
- Coxins e luva de procedimento, se necessário;
- Travessa.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o que será feito;
- Verificar se o paciente está com frasco de drenagem ou coletor de urina;
- Proteger a cabeceira com lençol ou cobertor conforme temperatura;

- Pinçar os drenos antes de colocar sobre o colo ou sobre a cama, se necessário, solicitar ajuda de um colega;
- Ajudar o paciente a ergue-se e sentar-se na beirada da cama com a seguinte manobra:
- Colocar um dos braços apoiando os ombros do paciente;
- Colocar o outro braço sob as coxas e fazer movimentos de rotação a tal modo que pernas do paciente fiquem para fora da cama;
- Apoiar os pés do paciente sobre a escadinha;
- Proteger os pés;
- Observar sinais de tontura, fadiga e mal-estar;
- Auxiliar o paciente a descer da cama e sentar-se na poltrona segurando-o pela cintura e pedindo que ele apoie os seus braços nos seus ombros;
- Despinçar drenos ou mantê-los conforme prescrição;
- Cobrir o paciente com lençol ou cobertor envolvendo suas pernas e pés;
- Colocar a proteção para os pés (chinelos ou coxins);
- Ajustar o travesseiro nas costas;
- Retirar as luvas e desprezar em lixo adequado
- Higienizar as mãos;
- Deixar a unidade em ordem;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Queda da poltrona;
- Tração acidental de cateteres, drenos e/ou tubos;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Manter paciente com acompanhante para sua segurança;
- Prevenir risco de quedas;

10. REFERÊNCIAS

Instituto neurológico, cardiológico e de terapia intensiva. Protocolo de posicionamento do paciente acamado [Internet]. [Acesso em 2017 abr 09]. Disponível em: <http://www.ineti.med.br/pdf/diretrizes/diretrizes25.pdf> Não Paginado. [201-].

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 53
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Movimentação do Paciente com Elevador Elétrico			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Proporcionar conforto e prevenir lesão por pressão;
- Retirar do leito paciente dependente e de sobrepeso para sentar na poltrona.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Fisioterapeuta.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Elevador elétrico;
- Rede sustentação;
- Poltrona;
- Luvas de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

Retirada do leito:

- Verificar na prescrição médica a solicitação de retirada do paciente do leito;
- Identificar paciente pelo nome e leito;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o que será feito;
- Preparar o paciente para ser retirado do leito;
- Verificar se o paciente está com frasco de drenagem ou coletor de urina e clampeá-los;
- Colocar em volta do paciente a rede de sustentação e prendê-la no elevador elétrico;
- Sob a cama, elevar o paciente com o elevador elétrico, transportando o mesmo até a poltrona;
- Avaliar se paciente está confortável e bem posicionado;

Recolocar o paciente no leito:

- Prender a rede no elevador elétrico;
- Com o elevador elevar o paciente até a cama;
- Baixar o elevador até o corpo do paciente ficar sob a cama;
- Desprender a rede de sustentação do elevador;
- Retirar a rede de sustentação do corpo do paciente;
- Posicionar o paciente no leito;
- Avaliar se paciente está confortável e bem posicionado
- Retirar as luvas e desprezar em lixo adequado
- Higienizar as mãos;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Evoluir nas anotações de técnicas a retirada do paciente do leito (com início e término) e checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Queda da poltrona;
- Tração acidental de cateteres, drenos e/ou tubos;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter paciente com acompanhante para sua segurança;
- Prevenir risco de quedas;


10. REFERÊNCIAS

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

Instituto neurológico, cardiológico e de terapia intensiva. Protocolo de posicionamento do paciente acamado [Internet]. [Acesso em 2017 abr 09]. Disponível em: <http://www.ineti.med.br/pdf/diretrizes/diretrizes25.pdf> Não Paginado. [201-].

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 54
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Mudança de Decúbito			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Evitar a formação de lesão por pressão através de ações preventivas relacionadas à pressão, fricção, cisalhamento e maceração em pacientes acamados;
- Manter a integridade cutânea do paciente;
- Proporcionar conforto ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Biombo, se necessário;
- Coxins e/ou travesseiros;
- Lençol;
- Luvas de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Solicitar auxílio de outro profissional;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante e solicitar sua ajuda se possível;

- Promover a privacidade do paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abaixar a cabeceira do leito e as grades de proteção da cama;
- Cada um dos profissionais deverá posicionar-se de um lado do leito;
- Retirar travesseiros e coxins que possam estar com o paciente;
- Movimentar o paciente pelo lençol, coordenando o movimento do esforço;
- Após mobilização, utilizar coxins ou travesseiros para auxiliar o posicionamento;
- Inspeccionar as condições da pele do paciente, os pontos mais sensíveis para o surgimento de úlceras, que merecem cuidadosa inspeção em pacientes acamados;
- Proteger os pontos de apoio e pressão com curativo transparente;
- Manter lençóis esticados, evitando rugas sob o paciente.

Orientações nos posicionamentos específicos

Decúbito dorsal:

- Manter a cabeça em posição anatômica, alinhada com o tronco, evitando flexão, extensão e rotação lateral;
- Manter os membros superiores ao longo do corpo, evitando apoio sobre o peito ou abdômen;
- Manter os membros inferiores estendidos ou levemente fletidos, evitando rotações laterais;
- Evitar queda plantar mantendo apoio na região plantar, de modo que os pés fiquem em ângulo de 90°.

Semi-fowler:

- Manter a cabeça em posição anatômica;
- Manter os membros superiores laterais ao corpo, com apoio nos antebraços e mãos, atenção à dobra da cama (até 45°), sempre na altura dos trocânteres e nunca na altura da cintura;
- Manter os membros semi-fletidos, evitando grandes rotações laterais e manter os pés apoiados.

Decúbito lateral:

- Manter a cabeça em posição anatômica;
- Posicionar o ombro mais à frente, apoio anterior para o membro superior de cima;

- Manter os joelhos semi-fletidos, sempre com o travesseiro entre eles, evitando pressão entre as proeminências ósseas;
- Apoiar o dorso com travesseiro ou coxim em ângulo de 30°.
- Após o posicionamento, levantar as grades de proteção;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Alguns decúbitos podem ser contra-indicados para pacientes com traumas raquimedular ou de quadril. Atentar para contra-indicação médica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Queda do leito;
- Tração acidental de cateteres, drenos e/ou tubos;
- Lesão por pressão.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter as grades de proteção da cama sempre erguidas;
- Manter colchão piramidal;
- Mobilizar com cuidado pacientes com fraturas e presença de drenos e cateteres;
- Não utilizar luvas de procedimento com água para proteção de proeminências;
- Realizar a mudança de decúbito, pelo menos, a cada duas horas a fim de evitar formação de úlcera de pressão;
- Utilizar coxins para proteção das proeminências ósseas.


10. REFERÊNCIAS

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2013 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

DOMANSKY, R. C; BORGES, E. L. Manual para Prevenção de Lesões de Pele Recomendações Baseadas em Evidências. Ed. Rubio. 1ª Ed. 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 55
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Troca de Fixação da Cânula Endotraqueal/Tubo			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Prevenir deslocamento ou saída acidental do tubo ou cânula traqueal;
- Realizar a substituição da fixação da cânula endotraqueal/tubo.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Cadarço;
- Gazes;
- Luva de procedimento;
- Óculos;
- Máscara;
- Tesoura;
- Saco de lixo contaminado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;

- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar os EPIs recomendados;
- Calçar luvas;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, elevado 45°;
- Colocar óculos e máscara;
- Se necessário aspirar o paciente;
- Cortar o cadarço em tamanho adequado;
- Segurar a cânula/tubo traqueal para não haver deslocamento ou saída acidental;

Tubo Orotraqueal:

- Dobre o cadarço ao meio formando uma alça, passe o mesmo ao redor do tubo na altura da arcada dentária;
- Dê uma volta ao redor do tubo formando um laço;
- Após passe uma das tiras em torno da cabeça e amarre as duas pontas através de um tope;
- Retire a fixação anterior;
- Certifique-se que o tubo está bem fixado.

Cânula Traqueal:

- Remova a fixação anterior;
- Passe um das pontas do cadarço na fenda lateral da cânula deixando-o duplo;
- Contorne a região cervical chegando até a outra lateral da cânula;
- Passe uma via do cadarço na fenda lateral e faça um laço;
- Ajuste o cadarço deixando cerca de 1 cm de folga ou um dedo.
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais removidos no lixo contaminado;
- Retirar as luvas e EPIs;
- Higienizar EPIs se necessário;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não trocar a fixação em pacientes pós-operatório imediato de traqueostomia.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Tracionamento acidental do dispositivo;
- Lesão causada devido à compressão do cadarço nas regiões: labial, pavilhão auricular e cabeça.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Trocar a fixação no mínimo uma vez ao dia;
- Procedimento deve ser realizado por dois profissionais.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 56
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Troca de Fraldas e Higiene do RN			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Higienizar o RN e verificar a presença de eliminações vesical e intestinais.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem e pais.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimentos;
- Fraldas;
- Algodão;
- Água.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Retirar a fralda observando a integridade da pele;
- Limpar a região perineal de dentro para fora com algodão umedecida em água morna;
- Limpar região perineal e nádegas, lateralizando o RN;
- Secar a pele com ajuda de panos macios;
- Utilizar pomadas ou cremes quando prescrito pelo médico;

- Colocar fraldas limpa;
- Acomodar o RN;
- Organizar o material utilizado e higienizar o local;
- Retirar as luvas e desprezar em lixo apropriado;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem. Anotar a quantidade (quando prescrito), características das eliminações e integridade da pele. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Procurar não elevar as pernas do RN, para evitar pressão abdominal que favorece o refluxo gastroesofágico e/ou bronco aspiração. A melhor maneira de trocar a fralda é lateralizando o bebê;
- O uso profilático de pomada é contraindicado, pois favorece a colonização da pele;
- Dermatite ou outras infecções em região genital e perineal.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Proporcionar conforto e bem-estar ao recém-nascido.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).


Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--



ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 57
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Aspiração das Vias Aéreas Superiores		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Proporcionar bem-estar ao paciente;
- Evitar bronco aspiração por acúmulo de secreções;
- Manter as vias aéreas superiores pérvias;
- Remover secreções/fluídos das vias aéreas superiores.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- SF0,9% 10ml;
- Bandeja;
- Cânula de guedel e/ou espátula;
- Extensor de látex;
- Frasco de aspiração;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Sonda de aspiração nº 12;
- Vacuômetro ou aspirador portátil.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Colocar luvas de procedimento, regular a pressão do aspirador/vacuômetro que não deve exceder a pressão 120 mmHg;
- Lubrificar a sonda com água destilada e introduzir em torno de 13 a 15 cm em uma das narinas clampeada (sem aplicar sucção) e aspirar retirando a sonda, em movimentos circulares, por no máximo 15 segundos;
- Retirar lentamente a sonda e deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos.
- Aspirar a cavidade oral com auxílio da cânula de guedel ou espátula. Se necessário, trocar a sonda e inserir o cateter na boca do paciente, introduzindo de 7,5 a 10 cm pelo lado da boca do paciente até alcançar o acúmulo de secreções ou apresentar estímulo de tosse;
- Desprezar a sonda em lixo infectante;
- Limpar o extensor de látex através da aspiração da água destilada;
- Desligar o vacuômetro ou aspirador portátil;
- Deixar uma nova sonda de aspiração protegida na embalagem estéril conectada ao extensor;
- Reiniciar a infusão de dietas ou medicamentos via enteral;
- Retirar os EPIs utilizados;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Conforme orientação médica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou de enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar no prontuário do paciente, descrevendo quantidade, aspecto, coloração e odor das secreções aspiradas.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Ansiedade;
- Arritmias cardíacas;
- Bronco aspiração;
- Dispneia;
- Hipoxemia;
- Infecções;
- Microatelectasias;
- Na aspiração da orofaringe atentar para estímulo vagal que pode gerar bradicardia importante;
- Náuseas e êmese;
- Parada respiratória;
- Traumatismo de mucosa e sangramento.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Realizar aspiração de vias aéreas superiores com cautela nos casos de sangramento nasofaríngeo ou de extravasamento de líquido cérebro-espinhal para a área nasofaríngea, em pacientes que sofreram traumatismo, em pacientes que fazem uso de terapia anticoagulante e em pacientes portadores de discrasias sanguíneas, pois este procedimento aumenta o risco de sangramento;
- Interromper infusão de medicamentos ou dieta por via enteral no momento do procedimento devido à possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar;
- Comunicar enfermeiro da unidade sobre alterações apresentadas no momento do procedimento e o mesmo realizará contato com médico responsável pelo paciente caso necessário.

10. REFERÊNCIAS

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Governo do distrito federal (Brasília-DF), Secretaria de estado de saúde, Subsecretaria de Atenção à saúde, Gerência de enfermagem. Manual de Procedimentos de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2012 [Acesso em 2017 abril 11]. Disponível em:

<http://www.corendf.org.br/portal/images/pdf/Manual%20de%20Procedimentos%20em%20Enfermagem.pdf>

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).


ALEIXO E.C.S, OLIVEIRA M.L.F, VICTOR A.C.S, GODOI I.C.B. Implantação de procedimentos operacionais padrão: Estratégia de organização do cuidado da enfermagem. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. [Internet]. 2009 [acesso 2012 agt 22].

Universidade Federal de São Paulo. Manual de procedimentos de enfermagem do Hospital São Paulo. [Internet]. São Paulo; 2009 [Acesso em 2013 maio 09] Disponível em: http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Daiane Prestes Enf ^o Paula Queiroz	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 58
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Aspiração Traqueal de Pacientes Entubados e Traqueostomizados com Sistema Aberto		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- A aspiração somente deverá ser realizada quando houver presença de secreção nas vias aéreas (por exemplo: secreção visível no tubo ou cânula de traqueostomia, sons adventícios a ausculta pulmonar, padrão detectado na tela do respirador);
- Evitar bronco aspiração pelo acúmulo de secreções;
- Manter as vias aéreas pÉrvias;
- Proporcionar bem-estar ao paciente;
- Remover secreções/fluÍdos das vias aéreas.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Ampola de solução fisiológica 0,9%, se necessário;
- Água destilada 10ml;
- Bandeja;
- Extensor de látex;
- Frasco de aspiração;
- Luva de procedimento;

- Luva estéril plástica;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Ressuscitador manual com oxigênio suplementar;
- Sonda de aspiração nº 12;
- Vacuômetro ou aspirador portátil.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em posição de semi-Fowler ou sentada, quando possível;
- Em pacientes monitorizados, observar parâmetros cardiorrespiratórios antes de iniciar o procedimento;
- Adaptar o vacuômetro ou aspirador e o frasco de aspiração;
- Colocar máscara cirúrgica e óculos protetor; Interromper a infusão de medicamentos e dieta por via enteral;
- Abrir o invólucro da sonda de aspiração sem retirar da embalagem e adaptá-la ao aspirador;
- Em caso de pacientes com uso de tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia em ventilação espontânea, hiperoxigenar aumentando o fluxo de oxigênio e orientando o paciente a realizar inspirações profundas antes do procedimento ou ventilar 4 ou 5 vezes com ressuscitador manual conectado ao oxigênio;
- Em caso de pacientes com uso de tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia em ventilação mecânica, programar o respirador e hiperoxigenar os pulmões do paciente com uma fração de oxigênio a 100% por 1min;
- Calçar luvas de procedimento e, ainda, na mão dominante a luva estéril;
- Solicitar a outro profissional para regular a pressão de aspiração (não exceder 150 mmHg) e desconectar o tubo ou cânula do circuito do respirador;
- Introduzir a sonda clampeada (fazendo uma dobra no extensor) no tubo ou na cânula de traqueostomia até encontrar resistência ou ocorrer reflexo da tosse, e então tracionar a sonda de um a dois centímetros antes de aspirar;

- Aspirar retirando a sonda com movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder 15 segundos;
- Na presença de secreção espessa ou formação de tampão, solicitar a outro profissional para instilar 1ml de solução fisiológica no tubo ou cânula de traqueostomia;
- Solicitar ao outro profissional para reconectar o tubo ou cânula de traqueostomia do paciente ao respirador, deixando-o descansar por pelo menos 60 segundos, ofertando oxigênio a 100%.
- Não realizar mais do que três ou quatro aspirações por sessão, sempre intercalando com a ventilação do paciente;
- Após o término da aspiração do tubo ou cânula de traqueostomia, aspirar a cavidade nasal e após cavidade oral, respectivamente;
- Desconectar a sonda de aspiração do extensor enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela, desprezando-a em lixo infectante;
- Lavar o extensor por meio da aspiração de água destilada, após todas as aspirações; Deixar o paciente em posição confortável;
- Reiniciar infusão de dietas e medicamentos por via enteral;
- Retirar os EPIs utilizados;
- Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos; Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
- No final de cada turno deve ser realizada a limpeza e desinfecção dos frascos de aspiração no expurgo da própria unidade. Realizar a troca dos extensores de aspiração no mínimo uma vez ao dia ou sempre que necessário.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Paciente com quadro respiratório grave que não permite a interrupção do suporte ventilatório para aspiração em sistema aberto, tal como: SARA ou que requer altos parâmetros ventilatórios (PEEP acima de 10);
- Paciente com caso suspeito ou confirmado de doença infecto-contagiosa de transmissão aérea, tal como: tuberculose pulmonar ou laríngea, herpes-zoster com lesões ativas, meningite, influenza, entre outras.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou de enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar no prontuário do paciente, descrevendo quantidade, aspecto, coloração e odor das secreções aspiradas.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Alterações da PCO₂;
- Aspirar o paciente por período superior que 15 segundos pode causar hipoxia e disritmias levando a parada cardíaca;
- Aumento da pressão intracraniana;
- Sangramento, bronco aspiração;
- Hipertensão arterial; Infecções respiratórias;
- Lesão da mucosa da traqueia;
- Náuseas, êmese e ansiedade;
- O ressuscitador manual deve ser utilizado com critério, pois pode deslocar um tampão mucoso que pode acarretar em atelectasia;

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- O diâmetro da sonda não deve ultrapassar um terço do diâmetro da cânula;
- Fornecer oxigênio a 100% antes e após aspiração dependendo do estado clínico do paciente;
- Sempre que o alarme de pressão alta do respirador disparar considerar presença de secreção, broncoespasmo e obstrução no circuito;
- Observar o paciente durante o procedimento, oxigenando-o nos intervalos e conectando o respirador ao paciente com o uso de ventilação mecânica;
- As sondas de aspiração são de uso único e devem ser desprezadas após o uso;
- A pressão de aspiração recomendada é de 110 a 150 mm/Hg no adulto, de 95 a 110 mm/Hg na criança e de 50 a 95 mm/Hg em RNs.
- Após procedimento realizar ausculta pulmonar para verificar a eficácia do procedimento;

- Interromper infusão de medicamentos ou dieta por via enteral no momento do procedimento devido à possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar;

10. REFERÊNCIAS

Universidade Federal de São Paulo. Manual de procedimentos de enfermagem do Hospital São Paulo. [Internet]. São Paulo; 2009 [Acesso em 2017 maio 09] Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>.

Governo do distrito federal (Brasília–DF), Secretaria de estado de saúde, Subsecretaria de Atenção à saúde, Gerência de enfermagem. Manual de Procedimentos de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2012 [Acesso em 2017 abril 11].

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Daiane Prestes Enf^a Geovana Anschau</p>	<p>Revisado por: Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	---	---

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 59
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Aplicação de Calor/Compressa Quente		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Fornecer fonte de calor local para aumentar o fluxo sanguíneo;
- Aliviar a dor, edema e processos inflamatórios.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Bolsa de água quente;
- Compressa ou toalha, para envolver a bolsa e proteger a pele do paciente;
- Biombo se necessário.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Confirmar a indicação para a aplicação de calor;
- Higienizar as mãos;
- Separar o material para o procedimento na bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Colocar biombo se necessário para manter a privacidade do paciente;

- Calçar luvas;

Se bolsa térmica:

- Segurar a bolsa na posição vertical, encher com água quente até 2/3 de sua capacidade;
- Retirar o ar, colocar a bolsa horizontalmente sobre uma superfície plana, de modo que a água flua para a abertura;
- Fechar e enxugar a bolsa, observando vazamentos;
- Orientar o paciente e acompanhante e colocá-lo em posição confortável, expondo a área que receberá o tratamento;
- Proteger a bolsa com a toalha e colocar sobre a área e observar a cada 15 minutos;
- Observar com frequência a pele do paciente;
- Ao terminar o tratamento, manter a região protegida para conservar o aquecimento;

Se compressa quente:

- Molhar as compressas e antes de aplicar, retirar o excesso de água;
- Aplicar a compressa no local indicado, cobrindo com uma toalha ou forro para evitar que ocorra a perda de calor;
- Colocar outra compressa na bacia;
- Trocar a compressa aplicada mantendo o calor no local;
- Enxugar a área da aplicação das compressas;
- Trocar as roupas de cama e o paciente se ficarem úmidos ou molhados;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Sangramentos;
- Processos inflamatórios agudos internos.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar a temperatura da água, pele e anormalidades;
- Formação de bolhas;
- Nunca colocar bolsa com água quente de baixo do paciente para evitar compressão excessiva da mesma;
- Não se deve aplicar compressas normas através de luvas de látex, devido ao risco de queimaduras e extravasamentos.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Observar constantemente a área de aplicação. Qualquer alteração de pele ou queixas do paciente suspender o procedimento e comunicar o médico assistente.

10. REFERÊNCIA

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 60
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Aplicação de Frio/Compressa Fria		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Realizar a constrição de vasos circulatórios para reduzir o edema;
- Diminuir a hipertermia;
- Diminuir o fluxo sanguíneo, controlando o sangramento.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Bolsa de gelo ou gelox;
- Gelo picado;
- Toalha ou compressa, para envolver a bolsa e proteger a pele do paciente;
- Pacote de gaze;
- Bacia;
- Água;
- Biombo se necessário.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar a indicação para a aplicação de frio (se gelox ou compressa);

- Higienizar as mãos;
- Separar o material para o procedimento na bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Colocar biombo se necessário para manter a privacidade do paciente;
- Calçar luvas

Se aplicação de frio:

- Pegar gelox;
- Envolver gelox em uma compressa ou toalha;
- Colocar o gelox sob a área desejada por aproximadamente 30 a 40 minutos;
- Retirar gelox.

Se compressa fria:

- Colocar água fria em uma bacia;
- Umedecer as compressas e/ou gazes na água e aplicar na área desejada;
- Trocar as compressas sempre que necessário;
- Manter compressas alternadas por 30 minutos.
- Ao terminar o tratamento, deixar o paciente confortável observando a área que recebeu o tratamento;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar e registrar o procedimento na folha de controle;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Não realizar aplicação de frio além de 40 minutos devido ao risco de causar necrose;
- Nunca aplicar o gelox diretamente na pele do paciente;
- Trocar o gelox sempre que não estiver congelado.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar a temperatura da água, pele e anormalidades;
- Não aplicar frio em áreas de lesões.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


Observar constantemente a área de aplicação. Qualquer alteração de pele ou queixas do paciente suspender o procedimento e comunicar o médico assistente.

10. REFERÊNCIA

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 61
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Auxílio na Passagem de Cateter Venoso Central			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Auxiliar o médico na passagem de cateter venoso central.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Agulha 25X7;
- Agulha 40X12;
- Anestésico local de lidocaina 2% sem vasoconstritor;
- Aparelho de tricotomia descartável, se necessário;
- Avental estéril;
- Bandeja estéril de cateter venoso central;
- Biombo, se necessário;
- Clorexidine álcoollico 0,5%;
- Dispositivo conector duas vias (polifix);
- Escova impregnada com clorexidine para degermação das mãos do médico;
- Equipos;
- Fio de sutura;
- Gazes;

- Kit cateter venoso central, conforme solicitação médica;
- Lâmina de bisturi, se necessário;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Máscara de proteção;
- Mesa auxiliar;
- Micropore;
- Óculos de proteção;
- Pacote de campo estéril;
- Pacote de curativo;
- Saco plástico;
- Seringa de 10 ml;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Soro para manter acesso, conforme prescrição médico;
- Touca.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Se necessário, realizar tricotomia no local da punção;
- Posicionar o paciente em posição de Trendelenburg e colocar coxins na região das escápulas. Se a punção for realizada nas veias subclávia ou jugular, virar a cabeça do paciente para o lado contrário a ser puncionado;
- Colocar sobre o campo estéril os materiais a serem utilizados com técnica asséptica;
- Fornecer ao médico os EPIs necessários para a realização do procedimento;
- Segurar o anestésico para que o médico possa aspirar o conteúdo sem contaminar;
- Despejar a solução antisséptica na cuba-rim estéril;

- Atender o paciente e as solicitações do médico durante todo o procedimento;
- Preparar o soro com equipo e dispositivo para conexão imediata após punção;
- Após a punção da veia pelo médico, testar refluxo abaixando o soro em nível inferior à altura da veia;
- Aguardar a fixação do cateter pelo médico;
- Realizar curativo na inserção do cateter venoso central
- Descartar os resíduos utilizados no procedimento;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento e realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e registrar no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Contaminação acidental do material estéril durante o procedimento;

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Avaliar antes da realização do procedimento, se paciente colaborativo para o procedimento. Caso contrário, comunicar médico;
- Encaminhar paciente para realização de radiografia de tórax, conforme prescrição médica, para localização do cateter venoso central;
- Evitar movimentos bruscos ao manipular material estéril;
- Manter técnica asséptica durante toda a realização do procedimento;
- Observar o paciente após a punção quanto a sinais de sudorese, sinais vitais alterados, palidez, cianose, taquicardia, dispneia, dor, entre outros.


10. REFERÊNCIAS

Governo do distrito federal (Brasília–DF), Secretaria de estado de saúde, Subsecretaria de Atenção à saúde, Gerência de enfermagem. Manual de Procedimentos de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2012 [Acesso em 2017 abril 11]. Disponível em: <http://www.corendf.org.br/portal/images/pdf/Manual%20de%20Procedimentos%20em%20Enfermagem.pdf>

MOZACHI, N.; SOUZA, V.H.S. O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar.10. ed. Curitiba: Os Autores, 2005.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 62
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Auxílio de Passagem de Dreno de Tórax			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Auxiliar o profissional médico na passagem de dreno de tórax, com a finalidade de retirada de líquido ou ar acumulada na cavidade pleural.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja de drenagem de tórax;
- Seringa 10 ml;
- Agulha 25x7, agulha 40x12;
- Fio de sutura agulhado (número conforme solicitação médica);
- Luva estéril;
- Campo fenestrado;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina hidroalcoólica;
- Espardrapo/hypafix/micropore;
- Água destilada 1000ml;
- kit drenagem de tórax (número conforme solicitação médica)

- Gaze;
- Transofix;
- Lidocaína líquida 2% sem vasoconstritor;
- EPIs de uso individual;
- Lâmina de bisturi(número conforme solicitação médica);
- Caixa de perfuro-cortante;
- Saco de lixo contaminado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA

- Reunir o material solicitado;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar biombo se necessário a fim de garantir a privacidade ao paciente;
- Auxiliar o médico no posicionamento do paciente, expondo a área do tórax a ser drenada;
- Abrir a bandeja de drenagem de tórax de forma asséptica;
- Alcançar ao médico já paramentado os materiais para o procedimento (seringa, agulha, fio para sutura, lâmina de bisturi, kit de drenagem);
- Segurar o anestésico para que o médico possa aspirar o conteúdo sem contaminar;
- Colocar solução antisséptica na cuba estéril;
- Colocar 600ml de água destilada no frasco de drenagem (selo d'água);
- Após o procedimento o enfermeiro realizará o curativo do dreno de tórax ;
- Descartar os materiais cortantes na caixa de perfuro;
- Descartar material contaminado no saco branco;
- Deixar paciente em posição confortável;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição e registrar na evolução.

OBS: A drenagem de tórax pode ser em aspiração contínua. Neste caso, é necessário um frasco de vidro graduado com tampa e estéril com duas saídas. Em uma das saídas

conecta o látex curto ao frasco de drenagem e a outra extremidade ao frasco de aspiração. Na outra extremidade do frasco de aspiração conecta-se o látex e este ao fluxômetro de vácuo. O volume do selo d'água do frasco de aspiração deverá ser 1000ml. A pressão do vácuo é ajustada conforme orientação médica. A aspiração é contínua.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Preencher folha específica;
- Registrar volume, aspecto e cor da drenagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Contaminação do material;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Manter técnica asséptica durante o procedimento;
- Observar a clínica do paciente para alterações no padrão respiratório e na pele;
- Manter o frasco de cateter abaixo do tórax.

10. REFERÊNCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem: médico cirúrgico. 2 vols. 13 Ed, 2015.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 63
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Auxílio no Procedimento de Paracentese			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Auxiliar o médico no procedimento de paracentese.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Agulha;
- Anestésico local de lidocaina a 2% sem vasoconstritor;
- Biombo, se necessário;
- Bandeja de cateter venoso central;
- Clorexidine álcoolico 0,5% ou aquoso 2%, conforme médico;
- Cateter de cano curto, numeração conforme solicitação do médico;
- Equipo;
- Escova impregnada com clorexidine para degermação das mãos do médico;
- Frasco para drenagem;
- Frasco estéril para análise do material drenado, se necessário;
- Gazes;
- Avental estéril;
- Touca;

- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Máscara de proteção;
- Mesa auxiliar;
- Micropore;
- Óculos de proteção;
- Pacote de campo estéril;
- Saco plástico;
- Seringa;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Auxiliar o médico no posicionamento do paciente;
- Colocar sobre o campo estéril os materiais a serem utilizados com técnica asséptica;
- Fornecer ao médico os EPIs necessários para a realização do procedimento;
- Segurar o anestésico para que o médico possa aspirar o conteúdo sem contaminar;
- Despejar a solução antisséptica na pinça de antisepsia ou cuba-rim estéril;
- Atender o paciente e as solicitações do médico durante todo o procedimento;
- Caso seja necessário manter a drenagem, conectar o equipo no cateter de cano curto e manter a ponta dentro do frasco;
- Se solicitado pelo médico, encaminhar amostra do material drenado em frasco estéril rotulado para laboratório com pedido;
- Descartar os resíduos utilizados no procedimento;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;

- Checar o procedimento e realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e registrar no prontuário do paciente, descrevendo quantidade, aspecto e coloração da drenagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Contaminação acidental do material estéril durante o procedimento.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA


- Avaliar antes da realização do procedimento, se paciente colaborativo para a paracentese. Caso contrário, comunicar médico;
- Manter técnica asséptica durante toda a realização do procedimento.

10. REFERÊNCIAS

CONSTANTINO, M.A.Q. Paracentese. Manual do residente de clínica médica. BARUERI: Manole, 2015. p.1177-1179.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon Enf^a Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enf^a Daniele Berwanger Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 64
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Auxílio na Punção Lombar			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

O objetivo da coleta de líquor serve para o reconhecimento dos vários tipos de infecções meníngeas e de muitas outras afecções neurológicas. Ao mesmo tempo, ela possibilita medir a pressão do líquor, importante em muitas patologias neurológicas.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal, UTI Adulto, Ambulatório e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Anestésico local de Lidocaína 2% sem vasoconstritor;
- Agulha espinhal raquidiana longa nº 22, 25 ou 27;
- Clorexidine hidroalcoólica ou aquosa;
- Frascos esterilizados para coleta de líquor;
- Gaze estéril,
- Micropore,
- Luva estéril,
- Luvas de procedimentos;
- Campo fenestrado estéril;
- Bandeja de punção lombar.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Alcançar luvas estéreis ao médico plantonista;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral, com membros inferiores e pescoço fletido;
- Abrir bandeja de punção lombar;
- Realizar assepsia da região lombar com clorexidine hidroalcoólica ou aquosa;
- Abrir campo fenestrado, agulha espinhal raquidiana longa conforme solicitação médica;
- Manter paciente em posição lateral;
- Após procedimento, realizar pequeno curativo no local com micropore;
- Posicionar paciente em decúbito dorsal;
- Recolher e desprezar material em local adequado;
- Manter ambiente organizado e limpo;
- Higienizar as mãos;
- Anotar procedimento no prontuário do paciente.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Paciente adulto instável;
- Infecções superficiais no local da punção.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do paciente, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Sangramento no local da punção;
- Dor;
- Infecção;

- Lesão do plexo venoso e produção de hemorragia no liquor. Existe um grande prejuízo para análise bioquímica, com conseqüente problema na interpretação;
- A principal e a mais temida das complicações é a hérnia de amígdalas cerebelares.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- O liquor deve ser armazenado em três tubos;
- Uma pressão local deve ser aplicada por 3 a 5 minutos no sítio de punção para minimizar o risco de escape liquórico;
- Manter curativo no local;
- Manter paciente em decúbito dorsal pelo período de seis horas.
- Se o paciente tiver cefaleia, tomar os analgésicos indicados pelo seu médico assistente conforme prescrição médica,;
- Um ajudante deve estar apto em função da posição que deve ser adotada pelo paciente, além do manuseio dos tubos para coleta de material e auxílio na manometria.

10. REFERÊNCIAS


GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon Enf^a Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enf^o Márcio V. Steinhaus Enf^a Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 65
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Contensão Mecânica			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Minimizar os riscos de comportamento agressivo e/ ou destruidor;
- Prevenir danos iminentes ao próprio paciente ou a outrem
- Prevenir danos à estrutura física hospitalar.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Compressa de pano;
- Contenção de tecido;
- Luvas de procedimento;
- Lençol.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Explicar o procedimento ao paciente se possível e/ou acompanhante;

Contenção de membros superiores e inferiores:

- Colocar compressa de tecido envoltos nos membros (superiores e ou inferiores) e em seguida, a contenção, de forma a não garrotear o membro do paciente;
- Colocar o membro em posição anatômica;
- Deixar a extremidade da contenção amarrada ao leito;

Contenção peitoral:

- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Dobrar o lençol em diagonal, até formar uma faixa de 25 cm de largura;
- Colocar a faixa sobre o tórax do paciente, passando pelas axilas amarrando na cama;

Contenção dos joelhos:

- Dobrar o lençol em diagonal;
- Colocar o lençol faixa, sob os joelhos do paciente;
- Cruzar o lençol sobre os joelhos em forma de oito (8);
- Retirar as luvas e desprezar em lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Não realizar contenção mecânica sem ordem médica;
- Não conter paciente (menores de idade) sem autorização prévia de familiar.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesão de pele no local da contenção.
- Isquemia do membro.
- Lesão do plexo braquial.
- Fraturas.
- Desidratação.
- Morte Súbita.
- Queda.

- Engasgo.
- Sufocamento.
- Lesão por pressão.
- Compressão da caixa torácica
- Agressão ao profissional de saúde.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Usar contenções apropriadas;
- Os pacientes deverão ser contidos em leitos com travas nas rodas e colocados próximos às paredes, sempre que possível;
- Deve-se ter mais atenção e rigor na monitorização de pacientes que foram submetidos à contenção mecânica: idosos, crianças (autorizado pelo responsável) e condições clínicas preexistentes;
- Nunca colocar contenção nas axilas, evitando assim a compressão do plexo braquial;
- Em pacientes com doença cardiopulmonar, não deve ser feita contenção torácica;
- Em idosos e crianças é contra indicada tanto a contenção torácica como a contenção abdominal, no entanto esta última também deve ser evitada em todas as idades devido a maior possibilidade de complicações (pacientes com presença de ferida operatória abdominal, cateteres, sondas, tubos, risco de compressão etc);
- Manter cabeceira elevada, exceto em condições neurológicas que causem danos ao paciente: hipertensão intracraniana, etc;
- Auxiliar o paciente contido na alimentação, observando a capacidade de deglutição, higiene pessoal e eliminações;
- Realizar reposicionamento no leito (mudança de decúbito com mudança de posicionamento das contenções) a cada 2 horas utilizando coxim para alívio da pressão, caso haja a necessidade do paciente permanecer contido por um longo período. Realizar movimentos ativos e passivos;
- Após constatação de que o paciente não oferece mais risco de agressividade a si próprio, equipe ou outros pacientes/clientes, com manutenção do estado de consciência lúcida, estudar a hipótese da retirada as contenções;

- A retirada das contenções deverá ser feita alternando os membros e aplicando movimentos ativos e passivos nessa área;
- A contenção mecânica deve ser mantida o menor tempo possível. A contenção quando realizada sem a indicação correta, pode trazer danos físicos e psíquicos para os pacientes;
- O conforto e a segurança do paciente devem ser rigorosamente checados.


10. REFERÊNCIAS

Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2001.

Montovani C et al. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010; 32: Supl II.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon Enf^a Rosa Moraes</p>	<p>Revisado Enf^o Márcio V. Steinhaus Enf^a Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 66
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Cuidado Pós-Operatórios			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Manter equilíbrio dos sistemas orgânicos, aliviando a dor e o desconforto, prevenindo complicações pós-operatórias, com um plano adequado de alta e orientações.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Telefone;
- Luvas de procedimento;
- Maca;
- Leito montado;
- Oxigênio s/n
- Aspirador s/n;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- A secretária/enfermeiro/técnico de enfermagem do Centro Cirúrgico comunica a unidade de internação que o paciente está pronto para ser transferido, orientando se paciente precisará de circuito de oxigênio e aspirador;
- Higienizar as mãos;

- Calçar luvas de procedimento;
- Técnicos de enfermagem da unidade de internação buscam paciente no centro cirúrgico;
- A equipe multidisciplinar do Centro cirúrgico com a equipe da unidade de internação transfere o paciente para a maca, certificando-se da correta e confortável posição do corpo e observando os cuidados com cateteres, drenos e sondas.
- O enfermeiro/técnico de enfermagem do Centro cirúrgico dá informações verbais, que incluem a história do paciente, cirurgia realizada, anestesia, seu estado, intercorrências no intraoperatório e na Sala de Recuperação.
- Equipe de enfermagem posiciona paciente no leito, deixando-o confortável, verificando cateteres, drenos e sondas se estão desclampeados e na posição correta;
- Instalar oxigênio se prescrito;
- Verificar sinais vitais, alterações comunicar enfermeiro/médico assistente;
- Administrar medicações/analgesia prescritas;
- O enfermeiro/técnico de enfermagem da unidade de internação informará as condições gerais do paciente, normas e rotinas da unidade aos familiares;
- Orientar quanto ao tempo de permanência em repouso absoluto, dependendo do tipo de anestesia;
- Retirar luvas e descartar em lixo apropriado;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente, evoluir presença de drenos/cateteres/sondas, local de curativos, características de drenagens, intercorrências evidenciadas e comunicar enfermeiro e/ou médico.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Atelectasia;
- Pneumonia;
- Bronco aspiração;
- Embolia pulmonar;
- Choque;
- Dor;
- Hemorragia;
- Náuseas/vômitos;
- Distensão abdominal;
- Deiscência de sutura;
- Retenção urinária;
- Infecção pós-operatória;
- Aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, por complicações infecciosas.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Avaliar nível de consciência; resposta à estimulação verbal e/ou a dor; tamanho das pupilas e sua reação à luz; padrão de motricidade e mobilidade dos membros e da musculatura da face; efeitos remanescentes da anestesia;
- Garantir uma oxigenação adequada no período pós-operatório;
- Após a transferência para o leito, todas as sondas e equipamentos deverão ser identificados e ajustados apropriadamente;
- Monitorar quanto choque e hemorragias;
- Atentar para aspecto e quantidade de drenagens;
- Promover um padrão respiratório eficaz;
- Promover a orientação perceptiva e psicológica;
- Aliviar a dor;
- Avaliar o local da incisão cirúrgica quanto a edema, coloração e temperatura;
- Avaliar sensações de dormência em membros superiores e inferiores;
- Observar enchimento capilar;
- Trocar curativos conforme prescrição médica, mantendo uma técnica asséptica;


- Realizar manobras que alivie a dor, aplicar modalidades de calor ou frio conforme a prescrição médica.
- Observar presença de diurese nas primeiras 6 a 8 horas após o início da cirurgia, caso contrário realizar sondagem vesical de alívio conforme orientação médica.

10. REFERÊNCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem: médico cirúrgico. 2 vols. 13 Ed, 2015.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 67
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Eletrocardiograma			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Realizar exame cardiológico, visando estabelecer diagnóstico, identificando distúrbios ou alterações e bem como exames pré-operatórios.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Aparelho de eletrocardiograma completo;
- Eletrodos;
- Gazes/compressas;
- Álcool 70%;
- Biombo se necessário;
- Aparelho de tricotomia se necessário;
- Solicitação do exame

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar solicitação do exame através do pedido médico;
- Reunir o material;

- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o aparelho de eletrocardiograma cuidadosamente até o leito do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar biombos a fim de garantir a privacidade do paciente;
- Solicitar ao paciente que retire adornos para evitar interferência no exame;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal;
- Calçar luvas
- Realizar tricotomia no local de fixação dos eletrodos s/n;
- Remover a oleosidade da pele do paciente com gaze embebida em álcool nas áreas onde serão fixados os eletrodos;
- Ligar o aparelho na tomada, 220 V de acordo com a rede local;
- Colocar o papel de registro s/n;
- Colocar os cabos nos eletrodos do ECG da seguinte maneira:

RA – cor vermelha – braço direito

RL – cor preta – perna direita

LL – cor verde – perna esquerda

LA – cor amarela – braço esquerdo

V1 – vermelho – posicionado no 4º espaço intercostal, à direita do esterno

V2 – amarelo – posicionado no 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno

V3 – verde – posicionado no 5º espaço intercostal, entre v2 e v4

V4 – marrom – posicionado no 5º espaço intercostal, na linha média – clavicular

V5 – preto – posicionado no 5º espaço intercostal, na linha anterior axilar

V6 – lilás – posicionado no 5º espaço intercostal, na linha média axilar

- Orientar paciente a manter-se em silêncio e repouso;
- Realizar o exame;
- Desconectar os cabos dos eletrodos e deixá-los de forma organizada;
- Retirar os eletrodos da pele do paciente;
- Após o exame, higienizar o aparelho com álcool 70%;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas;

- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário o procedimento feito, identificando o exame com as seguintes informações: nome completo do paciente, idade, número do quarto e leito, hora e nome do profissional que realizou o exame;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Reações dermatológicas aos eletrodos ou tricotomia.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Pacientes amputados posicionar os eletrodos nas extremidades dos cotos ou na região do abdome;
- Não posicionar eletrodos sobre áreas de lesões ou dermatites.

10. REFERÊNCIAS

THALER, MS. ECG Essencial: eletrocardiograma na prática diária. 7 ed. Artmed, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Revisado por: Enf^o Márcio V. Steinhaus Enf^a Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 68
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Heparinização de Dispositivo Venoso Periférico			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Manter a permeabilidade do cateter venoso periférico para administração de medicamentos e infusões intermitentes

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Seringa de 10ml
- Agulha 25x7;
- SF 0,9%;
- Luva de procedimento;
- Álcool sachê;
- Heparina;
- Etiqueta de identificação da medicação.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a heparinização do acesso

- Preencher a etiqueta com o número do quarto e leito, nome do paciente, nome da medicação, data e horário da diluição;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a etiqueta de identificação na seringa;
- Na seringa de 10ml aspirar 9ml de SF 0,9% e em seguida 1ml da heparina;
- Reunir o material;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente e/ou acompanhante e sua finalidade;
- Calçar luvas;
- Clampear as vias de infusão;
- Realizar assepsia com álcool sachê para a desconexão entre o cateter e o equipo de infusão;
- Conectar a seringa com a solução de heparina;
- Injetar 2ml da solução;
- Clampear a via heparinizada;
- Desconectar a seringa e fechar o dispositivo com oclusor apropriado;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar as luvas e desprezá-la em lixo adequado;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Sangramento;
- Distúrbio de coagulação

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Avaliar local do acesso quanto a presença de sinais flogísticos: dor, calor, rubor, eritema e edema;
- Lesões por extravazamento;
- A solução de heparina tem validade de 24horas após sua diluição.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Antes da heparinização, confirmar permeabilidade do acesso, observando sinais de flebite ou infiltração no local da punção;
- Atentar para queixas de dor ou desconforto relatados pelo paciente em relação ao acesso;
- Ao heparinizar o cateter avaliar sua fixação e se houver necessidade trocar a fixação para evitar a saída acidental do cateter.

10. REFERÊNCIAS

SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P.TS. Manual de procedimentos para estágios em enfermagem, 4 Ed. Martinari, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^ª Daniele Berwanger Enf ^º Márcio V. Steinhaus Enf ^ª Paula Queiroz	Revisado por: Enf ^º Márcio V. Steinhaus Enf ^ª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 69
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Permeabilização/Heparinização do Cateter Totalmente Implantado (PORTOCATH)		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVO

- Definir normas e rotinas a serem aplicadas no momento da heparinização de cateteres totalmente implantados para manter a permeabilidade do acesso vascular, através do preenchimento da luz dos cateteres.
- Em pacientes internados, a heparinização é realizada quando ao término da administração dos medicamentos em que o paciente não realizará mais medicação endovenosa ou quando o paciente tem alta hospitalar.
- Em paciente com aplicação endovenosa ambulatorial, é realizada a heparinização ao término da infusão.
- Na manutenção, a heparinização é realizada no Ambulatório de quimioterapia a cada 45 dias;

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de Internação e Ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Prescrição médica;
- Frasco de heparina 5.000 UI

- Seringa descartável de 5 ml;
- Seringa descartável de 10 ml;
- Agulha descartável 40X12;
- SF0,9% em ampola;
- Clorexidina alcoólica ou Álcool 70%;
- Luva de procedimento;
- Gaze estéril;
- Fita micropore;
- Saco plástico;
- Cuba rim.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES / PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Preparar a diluição de heparina:
- Aspirar 1 ml de heparina do frasco;
- Completar a seringa com soro fisiológico até atingir 05 ml (1 ml de heparina + 4 ml de água destilada).
- Identificar o paciente e dirigir ao quarto ou poltrona;
- Explicar o procedimento que será realizado e a sua finalidade;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo cuidadosamente a fim de não deslocar o Cytocan. Se necessário retirar a fixação do curativo;
- Abrir todo o gotejo da solução endovenosa a fim de “lavar o cateter”;
- Abrir o frasco de solução fisiológica;
- Fechar o gotejo da solução do paciente;
- Retirar o plug do equipo do Cytocan do paciente;
- Injetar 10 ml de solução fisiológica em bolo através do Cytocan do paciente, fazendo flusch;
- Injetar 05 ml da diluição de heparina através do Cytocan do paciente;
- Abrir o pacote de gaze estéril;

- Embeber uma gaze em clorexidina alcoólica ou álcool 70%;
- Pressionar a gaze contra a pele do paciente sobre o local da punção do portocath ao mesmo tempo em que puxa o Cytocan de seu local de inserção;
- Manter pressionado o local por alguns segundos;
- Fixar uma gaze seca no local da retirada do Cytocan com uma fita de micropore;
- Retirar as luvas;
- Recolher o material e acondicioná-lo em local apropriado;
- Deixar o paciente confortável;
- Anotar na folha de gastos os itens usados;
- Checar na prescrição;
- Evoluir no prontuário.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Lesões cutâneas locais;
- Sinais e sintomas de infecções relacionados ao cateter.

7. REGISTROS

Realizar anotações na evolução de enfermagem, promover qualidade, documentação e atender a legislação

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Inspeccionar e palpar o local de inserção do cateter, procurando detectar precocemente sinais de infecção;
- Infundir sem pressionar excessivamente as soluções pelo cateter para que não ocorra o risco de desconectar o cateter da câmara ou romper a membrana de silicone;
- Observar com rigor o aspecto das soluções a serem infundidas, quanto à presença de resíduos, corpos estranhos, precipitação, coloração e turvação;
- Utilizar, sistemas de infusão fechados em cateteres totalmente implantados.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A manipulação do cateter implantado deve ser feita por pessoal habilitado, segundo resolução COFEN 257/2001, por ser procedimento de alta complexidade.
- Lembrar-se de que os “fenômenos obstrutivos são inversamente proporcionais a qualidade da assistência prestada”.

10. REFERÊNCIAS

BONASSA, E.M.A. Enfermagem em Terapêutica Oncológica. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8º Ed. RJ: Guanabara Koogan, 1998.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enf ^a Jacqueline Bagetti Garcia Enf ^a Dienefer Petrowski Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Enf ^a Jacqueline Bagetti Garcia Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Dr. Lourenço Moresco Sangoi Médico Oncologista Responsável

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 70
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Método Canguru			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Promover o contato pele a pele, vivenciando o contato intra útero;
- O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado;
- Reduzir o tempo de separação entre mãe e recém-nascido, favorecendo o vínculo;
- Permitir um controle térmico adequado e contribuir para a redução do risco de infecção hospitalar;
- Reduzir o estresse e a dor do recém-nascido;
- Possibilitar a competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar;
- Reduzir o número de reinternações;
- Contribuir para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal, Unidade Canguru e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Álcool gel;
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- A entrada de profissionais, pais e avós na unidade de internação neonatal deve ser triada em relação a presença ou risco de doenças infecto - contagiosas;
- Serão proibidas as visitas de irmãos ou outras crianças, uma vez que as crianças têm um risco maior para essas doenças; Irmãos e crianças < 12 anos;
- Todas as pessoas com infecções respiratórias, cutâneas ou com diarreia não deverão ter contato direto com o recém-nascido. Familiares com estes sintomas não deverão dar entrada na unidade;
- Ao entrar na unidade, devem ser tomados alguns cuidados:
- Prender os cabelos quando longos, retirar pulseiras, anéis, aliança e relógio;
- Pais tem entrada liberada na unidade;
- Fazer uso de avental para pais e uniformes para equipe de enfermagem e médica;
- Calçar pro pés;
- Após esses cuidados, proceder à higienização das mãos;
- Na saída, lavar as mãos, colocar pro pés no lixo e avental no ramper.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- RNs com peso menos 1.250kg;
- RNs clinicamente instáveis;
- RNs em ventilação mecânica ou que fazem uso de PICC (Cateter Central de Inserção Periférica).

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o método canguru.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do RN ao solo;
- Risco de perder acesso venoso periférico.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Compete à equipe de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro supervisor auxiliar a mãe e ou pai na execução do procedimento;
- A enfermagem deve assegurar-se de que os eletrodos, cateteres venosos e equipo de soro estejam bem fixos durante a transferência do RN da incubadora para os braços da mãe;
- Checar frequentemente a temperatura nos primeiros minutos do procedimento;
- O tempo de contato pele a pele deve ser baseado na estabilidade do neonato em tolerar o procedimento;
- A mãe e ou pai deverão estar isentos de lesões na pele ou infecções que possam colocar o recém-nascido em risco de adquirir infecção;
- O procedimento deverá ser realizado com hora previamente marcada; os pais deverão estar cientes de que havendo mudança no quadro do paciente ou uma emergência no setor, este procedimento poderá ser transferido para outra ocasião.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.


Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

TAMEZ,R.N.; Silva, M.J.P; Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém Nascido de Alto Risco.2.ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2002. p.173 – 175.

Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Manual Técnico 2ª Edição Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília - DF 2011.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enfª Mariéli Munaretto Enfª Renata Pizzolotto	Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus	Maristane Almeida Gerente de Enfermagem

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 71
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Oxigenoterapia			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Administrar oxigênio através de dispositivo não invasivo, melhorando a perfusão tecidual e oxigenação.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatorios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem .

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Cateter nasal, óculos nasal ou máscara de venturi (tamanho apropriado ao paciente);
- Extensor de látex;
- Esparadrapo ou micropore;
- Fita adesiva;
- Umidificador;
- Cadarço;
- Água destilada estéril (suspenso por tempo indeterminado)
- Gaze;
- Luvas de procedimento;
- Transofix;
- Etiqueta para colocar validade no umidificador e no dispositivo.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a prescrição de oxigenoterapia, preencher a etiqueta com as datas de validade;
- Higienizar as mãos;
- Levar o material para o quarto do paciente em bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante e a ação da oxigenoterapia;
- Calçar luvas;
- Preencher o umidificador com água destilada observando os limites máximo e mínimo.(Não usar água no umidificador durante transcorrer pandemia de coronavirus).
- Conectar o látex e por último o cateter, óculos ou mascara;
- Abrir a válvula do fluxômetro para testá-la antes de adaptá-la ao paciente;

Cateter nasal:

- Remover a oleosidade da pele com gaze;
- Medir a distância do cateter entra a asa do nariz e o início do canal auditivo externo, identificando com esparadrapo;
- Se necessário higienizar a narina;
- Introduzir o cateter na fossa nasal do paciente ate a marcação;
- Fixar o cateter com micropore sobre o nariz ou testa do paciente;
- Abrir a rede de oxigênio e regular a quantidade de oxigênio em litros/minuto conforme prescrição médica;
- Orientar o paciente a respirar de boca fechada.

Óculos nasal:

- Higienizar as narinas se necessário;
- Colocar os óculos nasal nas narinas;
- Prender o cateter ajustando-o em torno das orelhas e cabeça do paciente;

- Abrir a rede de oxigênio, regulando a quantidade de oxigênio em litros/minuto conforme prescrição médica;
- Orientar o paciente a respirar de boca fechada.

Máscara de Venturi:

- Posicionar o paciente em Fowler;
- Escolher a máscara de venturi de acordo com o paciente e a concentração de oxigênio que o mesmo receberá;
- Adaptar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente, ajustando com cadarço;
- Abrir a rede de oxigênio regulando a quantidade de oxigênio em litros/minuto conforme prescrição médica.
- Observar o paciente durante o tratamento;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário o horário de início e término;
- Guardar o material

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não instalar oxigenoterapia sem autorização e orientação do médico assistente.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção respiratória;
- Ressecamento da mucosa oral;
- Lesão da mucosa nasal;
- Lesões ou dermatites decorrentes a má fixação do dispositivo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter cabeceira elevada exceto se contra indicação médica;
- Trocar a água destilada do umidificador, não completando o reservatório;

- Troca dos dispositivos (cateter nasal, óculos nasal, máscara de venturi, látex, umidificador) deverá seguir orientações da CCIH;
- Se cateter nasal realizar rodízio nos locais de fixação para evitar lesões;
- Avaliar o paciente, extremidades, frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação, níveis de consciência quanto a eficácia da oxigenoterapia.


10. REFERÊNCIAS

PARENTE, A.A.A.I.; MAIA P.N. Aerossolterapia, Artigo de Revisão. Rio de Janeiro, 2013 22(3):14-19.

Governo do Distrito Federal (Brasília – DF), Secretária de Estado de Saúde, Subsecretária de Atenção à Saúde, Gerência de Enfermagem. Manual de Procedimento de Enfermagem (Internet). Brasília; 2012. Acesso em 13/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon</p>	<p>Revisado por: Enf^a Daniele Berwanger Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 72
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Preparo Pré-operatório			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Implementar medidas para garantir a segurança de paciente que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos, visando a redução das ocorrências de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Etiqueta de identificação com os seguintes dados (nome completo do paciente, leito, idade, peso, nome do procedimento cirúrgico, médico assistente, data e hora do procedimento);
- Formulário cirúrgico;
- Caneta específica para marcação do local/lateralidade da cirurgia;
- Exames pré-operatórios;
- Camisola;
- Solução de Clorexidina degermante 2% ;
- Luvas de procedimentos;
- Maca/cadeira de rodas;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Verificar se no mapa cirúrgico consta o nome do paciente, data/hora da cirurgia e nome do médico;
- Comunicar ao paciente e/ou acompanhante o dia e horário da cirurgia, salvo intercorrências;
- Explicar ao paciente e/ou acompanhante sobre a cirurgia, tipo de anestesia, dependendo da necessidade, solicitar a presença do cirurgião ou anestesista para mais esclarecimentos ao paciente;
- Tranquilizar o paciente em caso de ansiedade e medo;
- Ouvir o paciente, dando importância as queixas e relatos;
- Preencher formulário cirúrgico;
- Providenciar a coleta de exames laboratoriais e ECG, se necessário;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Puncionar acesso venoso periférico calibroso (lateralidade conforme procedimento);
- Fazer enema glicerinado, se prescrito.
- Iniciar jejum após as 24 horas, da noite anterior à cirurgia, ou de acordo com a prescrição médica ou de acordo com a cirurgia proposta e/ou horário de realização da cirurgia;
- Fazer tricotomia da região a ser operada, caso seja solicitado;
- Orientar paciente a tomar banho com clorexidina degermante 2%;
- Encaminhar o paciente ao banho de aspersão, ou fazer o banho no leito, pela manhã, até 2 horas antes da hora prevista para a cirurgia;
- Identificar local/lateralidade da cirurgia com caneta específica;
- Vestir a camisola no paciente;
- Identificar o paciente com etiqueta específica na camisola;
- Verificar sinais vitais e comunicar o enfermeiro alterações dos sinais vitais ou sintomas como febre, tosse, coriza e dor;
- Pedir ao paciente para urinar antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico;

- Solicitar ao paciente para retirar próteses, adornos, óculos, esmalte e roupas íntimas;
- Administrar medicação pré-cirúrgica prescrita;
- Auxiliar no transporte do paciente da cama para a maca;
- Cobrir o paciente com lençol, preservando sua privacidade;
- Encaminhar paciente na maca/cadeira de rodas ao centro cirúrgico com exames adicionais e de Imagem, certificando-se que o prontuário e exames sejam do mesmo;
- Retirar as luvas e descartar em lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Evoluir o encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Estado clínico do paciente;
- Não ter respeitado o período de jejum para a cirurgia.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente, evoluir intercorrências evidenciadas e comunicar enfermeiro e/ou médico.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Faixa etária avançada;
- Tabagismo;
- Hipertensão arterial;
- Obesidade;
- Desnutrição;
- Problemas cardiológicos;
- Estado clínico do paciente;
- Hemorragias;
- Dor;
- Choque;
- Distensão abdominal;

- Retenção urinária;
- Infecção pós-operatória;
- Infecções em outros sítios, além da doença de base;
- Efeitos adversos por hipersensibilidade à solução degermante;
- Aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, por complicações infecciosas.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- O banho pré-operatório deverá ser realizado em todos os pacientes internados que serão submetidos à cirurgia;
- Atentar para encaminhar o paciente para o centro cirúrgico com os cabelos secos.
- Nos casos em que o paciente for somente orientado sobre o banho e nenhum profissional de enfermagem acompanhe o procedimento, o técnico de enfermagem responsável deverá checar ao término do procedimento a conformidade de sua realização;
- Recomenda-se que a realização da tricotomia seja mais próxima do momento da cirurgia ou no próprio centro cirúrgico, em menor área possível e com método menos agressivo;
- Manter paciente em NPO de 6 a 12 horas antes da cirurgia, explicando ao paciente e/ou familiar da importância de não ingerir nem mesmo água;
- Atentar para sinais vitais.

10. REFERÊNCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem: médico cirúrgico. 2 vols. 13 Ed, 2015.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon</p>	<p>Revisado por: Enf^o Márcio V. Steinhaus Enf^a Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 73
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Punção de Acesso Venoso Periférico			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Proporcionar acesso venoso para administração de drogas ou reposição de volume e hemoderivados.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal, Ambulatório e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Cateter periférico de cano curto/scalp (calibre conforme idade/procedimento);
- Seringa de 10 ml;
- Soro fisiológico 0,9%
- Algodão;
- Álcool, Clorexidine hidroalcoólica ou aquosa;
- Perfuro ou extensor;
- Polifix/Neofix;
- Hypafix/esparadrapo/micropore;
- Garrote;
- Gaze.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Conectar seringa ao neofix/polifix, preenchendo todo espaço com Soro fisiológico 0,9%;
- Escolher o vaso para punção;
- Colocar o garrote;
- Realizar assepsia do local a ser puncionado com algodão embebido em álcool/clorexidina hidroalcoólica ou aquosa;
- Introduzir scalp ou cateter periférico com bisel para cima;
- Administrar SF 0,9% para testar sucesso da venopunção;
- Retirar garrote;
- Realizar fixação com hypafix/esparadrapo/micropore, colocando data, calibre do scalp ou cateter periférico, nome do profissional que puncionou o acesso venoso;
- Conectar extensor ou perfusor;
- Posicionar o RN/paciente confortavelmente;
- Desprezar o material adequadamente e organizar o local;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o resultado no prontuário do paciente;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Membro com fístula arteriovenosa;
- Membro com esvaziamento ganglionar (mastectomia);
- Veia esclerosada;
- Braço ou mão edemaciados ou que apresentem algum tipo de comprometimento, plegias no membro a ser puncionado e área de fossa cubital;
- Infecção ou lesão de pele (queimadura) ou subcutânea em área próxima à punção.
- Recém-nascido com edema ou com a rede venosa periférica não preservada (escleroses e hematomas).

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do paciente, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Presença de eritema, edema com ou sem dor no local;
- Diminuição da sensibilidade;
- Comprometimento circulatório.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido/paciente.
- De acordo com recomendações da ANVISA. Deve – se trocar o dispositivo em até 96 horas;
- Sempre que possível, indica se cateteres periféricos providos de sistema de segurança para prevenir acidentes;
- Durante a escolha da veia, não faça uso de fricção vigorosa ou de múltiplas “batidinhas” para dilatar a veia. Isto pode causar hematoma e/ou constrição venosa;
- Deve se monitorar diariamente o acesso venoso periférico, a fim de avaliar a presença de infecção no sítio de inserção do cateter.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes Enfª Renata Pizzolotto	Revisado por: Enfª Daniele Berwanger Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 74
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Punção de Cateter Totalmente Implantado (PORTOCATH)			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVO

- Definir normas e rotinas a serem seguidas no momento de acessar, com segurança e via percutânea, cateteres totalmente implantados, administrar soluções parenterais, medicamentos, coletar amostras de sangue e/ou hemotransfusões.
- Possibilitar aplicação de medicamentos especialmente drogas antineoplásicas.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de Internação e Ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Prescrição do paciente;
- 02 máscaras descartáveis, uma para o paciente e outra para a enfermeira.
- 01 par de luva esterilizada;
- Frasco com clorexidina alcoólica;
- 01 dispositivo de punção - agulha atraumática tipo Hubber ou Cytocan calibre e tamanho adequado .
- Seringa descartável de 3, 10 e 20 ml;
- 01 agulha descartável 40 x 12 mm;
- 02 ampolas de 10 ml de solução fisiológica 0,9%;

- 02 pacotes de gazes esterilizada;
- Material para tricotomia, se necessário;
- Fita hipoalergênica;
- Saco plástico;
- Pacote de punção de Portocath, esterilizado com 01 campo amplo e 01 fenestrado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES / PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
- Identificar o paciente e dirigir-se ao quarto ou poltrona;
- Explicar o procedimento que será realizado e a sua finalidade;
- Manter privacidade do paciente (biombo);
- Abrir os materiais junto ao paciente observando técnica asséptica rigorosa;
- Abrir o pacote de punção de Portocath conforme técnica.
- Colocar uma máscara cirúrgica e a outra no paciente
- Calçar as luvas estéreis conforme técnica;
- Fazer ampla e rigorosa antissepsia local de implantação do reservatório com gaze embebida em clorexidina alcoólica, com movimentos circulares, iniciando do canto para periferia ate perfazer uma área de 8 a 10 cm (repetir essa ação pelo menos três vezes);
- Secar a região com gazes estéreis;
- Colocar o campo fenestrado e colocar o amplo se for o caso;
- Delimitar o reservatório com uma das mãos (através da palpação);
- Puncionar a região mediana do reservatório com uma agulha tipo Hubber, fazendo um ângulo perpendicular à pele até tocar o fundo da câmara;
- Aspirar 3-5ml de solução de heparina contida na câmara com a seringa de 5 ml e observar se ocorre retorno venoso;
- Abrir a seringa de 10 ml aspirar solução fisiológica e lavar o sistema injetando a solução fisiológica em aproximadamente 2 min. Evitando realizar demasiada pressão.;
- Instalar a solução endovenosa ou administrar o medicamento conforme prescrição médica;

- Fazer fixação e curativo oclusivo, orientando o paciente sobre os cuidados necessários;
- Recolher o material e acondicioná-lo em local apropriado;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o curativo com data, horário e responsável;
- Deixar o paciente confortável;
- Anotar na folha de gastos os itens usados;
- Checar na prescrição médica.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Lesões cutâneas locais;
- Sinais e sintomas de infecções relacionados ao cateter.

7. REGISTROS

- Sempre registrar o procedimento no fichário do Arquivo dos Cateteres na ficha de cada paciente.
- Realizar anotações na evolução de enfermagem, promover qualidade, documentação e atender a legislação.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lavar o cateter com 20 ml de SF 0,9% após infusão de hemocomponentes, coleta de sangue para exames laboratoriais, e administração de medicações;
- Trocar os circuitos de soluções a cada 24hs;
- Trocar o curativo com gaze a cada dois dias ou quando na presença de umidade e sujidade ou sempre que for necessário;
- Trocar o dispositivo de punção a agulha tipo HUBBER a cada 07 dias;
- Identificar os equipos em uso com data e horário da instalação e assinatura do responsável.
- Identificar e anotar a data, horário e assinatura do responsável pela punção e curativo do dispositivo de punção;

- Observar se há formação de hematoma local e administrar analgésicos conforme queixas do cliente, no pós-operatório imediato da implantação do cateter;
- O cateter pode ser usado logo após a sua implantação, na ausência de complicações operatórias; nesse caso deve ser puncionado ainda sob efeito do anestésico, evitando a dor da punção;
- Inspeccionar e palpar o local de inserção do cateter, procurando detectar precocemente sinais de infecção;
- Infundir sem pressionar excessivamente o quimioterápico pelo cateter para que não ocorra o risco de desconectar o cateter da câmara ou romper a membrana de silicone;
- Observar com rigor o aspecto das soluções a serem infundidas, quanto à presença de resíduos, corpos estranhos, precipitação, coloração e turvação;
- Utilizar, sistemas de infusão fechados em cateteres totalmente implantados.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A manipulação do cateter totalmente implantado deve ser feita por pessoal habilitado, segundo resolução COFEN 257/2001, por ser procedimento de alta complexidade.
- Lembrar-se de que os “fenômenos obstrutivos são inversamente proporcionais a qualidade da assistência prestada”.


10. REFERÊNCIAS

BONASSA, E.M.A. Enfermagem em Terapêutica Oncológica. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8º Ed. RJ: Guanabara Koogan, 1998.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Enf ^a Jacqueline Bagetti Garcia Enf ^a Dienefer Petrowski	Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^o Jacqueline Bagetti Garcia	Dr. Lourenço Moresco Sangoi Médico Oncologista Responsável

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 75
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Reanimação Cardiopulmonar			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Paciente não responsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Equipe de enfermagem, fisioterapia e equipe médica.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Carro de emergência completo (EPIs, tábua rígida);
- Aspirador;
- Biombo.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Identificar o paciente em PCR (perda da consciência, diminuição da pressão venosa, PA inaudível, ausência de pulso em grandes artérias e ausência dos movimentos respiratórios);
- Solicitar ao colega mais próximo que comunique ao médico e a supervisão;
- Usar EPI;
- Devolver o sangue para o paciente;

- Posicionar o beneficiário em decúbito dorsal;
- Após confirmação da PCR, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (aplicar 2 ventilações a cada 30 compressões torácicas);
- Providenciar acesso venoso calibroso, para infusão de volume e drogas, caso não seja possível utilizar o acesso vascular de hemodiálise;
- Posicionar biombo para evitar que outros beneficiários acompanhem a intercorrência;
- Trazer o carrinho de emergência o mais próximo, posicionar a tábua de reanimação;
- Verificar vias aéreas para detectar algum tipo de obstrução e acompanhar saturação do beneficiário pelo oxímetro;
- Monitorizar o paciente, fixando os eletrodos nos pontos corretos: 1º. MSE-LA: Preto -Linha infra-clavicular esquerda (próximo ao ombro); 2º. MSD: RA: Branco -Linha infra-clavicular direita (próximo ao ombro); 3º. V-V1: Marrom -4º espaço inter-costal direito; 4º. MIE-LL: Vermelho -Linha infra-diafragmática esquerda (próximo à crista ilíaca); 5º. MID-REF: Verde -Linha infra-diafragmática direita (próximo à crista ilíaca).
- Verificar o ritmo de PCR;
- Deixar o aspirador de secreções e materiais (látex + sonda de aspiração) disponível e ligado, próximo ao paciente;
- Anotar o horário do início da PCR e medicações administradas;
- Auxiliar no uso do desfibrilador se necessário;
- Providenciar material para intubação (TOT, laringoscópio, fio guia, fixador de tubo) e auxiliar o procedimento médico;
- Montar laringoscópio e testá-lo;
- Separar o tubo solicitado pelo médico e testar o cuff do tubo, insuflando o balonete com ar utilizando uma seringa de 20ml. Observar integridade do cuff;
- Preparar e administrar as medicações conforme orientação médica;
- Após intubação, encaixar o ambu no tubo e iniciar ventilações;
- Fixar o tubo com o cadarço, passando-o pela região occipital, acima das orelhas;
- Checar pulso em artérias de grande calibre;

- Atender as outras demandas que surgirem no decorrer da urgência, tais como aspiração, passagem de sonda gástrica, coleta de exames e outros;Após término da intercorrência, organizar o ambiente;
- Checar as medicações utilizadas conforme prescrição médica;
- Realizar a conferência e reposição do carrinho de PCR

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação, conduta médica realizada, intercorrências e óbito;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Compressão realizada em local inadequado;
- Presença de alta degeneração óssea, a desarticulação condro-esternal.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- As compressões torácicas não devem ser interrompidas.
- O carro de emergência deve ser rigorosamente conferido conforme escala de conferência semanal.
- EPIs devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente conforme as diretrizes preconizadas pelo CCIH.

10. REFERÊNCIAS

American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização da Diretrizes de RCP a ACE.[on line]. Edição em português: Hélio Penna Guimarães, FAHA, Equipe do Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p>		POP Nº 76
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Tricotomia		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Promover a higiene; Preparar pacientes pré operatório quando necessário.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Cuba rim;
- Sabonete neutro ou antisséptico;
- Aparelho de tricotomia e lâmina;
- Saco de lixo;
- Tesoura;
- Caixa de perfuro cortante;
- Tricótomo elétrico

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Cuidar da privacidade do paciente utilizando biombo;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Expor o local onde será feita a tricotomia (Caso haja pêlos grandes, cortá-los primeiramente com a tesoura).
- Cobrir o paciente deixando exposto apenas o local a ser tricotomizado;
- Molhar a gaze no sabão;
- Ensaboar a região por onde se iniciará a tricotomia
- Tracionar a pele da região a ser tricotomizada com auxílio da gaze;
- Inicie a tricotomia em direção ao crescimento do pelos (evitando lesões);

- Retirar os pelos do aparelho com auxílio da gaze;
- Desprezar a gaze no lixo contaminado;
- Ensaboar a região seguinte e repetir os procedimentos;
- Inspeccionar ao término, se toda a região foi tricotomizada;
- Encaminhar o paciente ao banho;
- Desprezar a lâmina no coletor de material perfuro cortante;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Pacientes com dermatites e/ou lesões cutâneas.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Sangramentos;
- Lesões de pele;
- Alergias.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Ao realizar tricotomia em áreas com pregas como virilha, axilas, fazê-lo de forma delicada.
- Fazer tricotomia no horário mais próximo possível da realização do procedimento cirúrgico, no máximo uma hora antes.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 77
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Troca de Selo D'Água de Dreno de Tórax			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Mensurar o volume, cor e aspecto de secreção drenada;
- Em casos de pneumotórax o objetivo é manter a saída de ar secundária, evitando fístulas e promovendo a reexpansão pulmonar.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Frasco de água destilada de 1000ml;
- Transofix;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo contaminado;
- Esparadrapo.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar para o paciente e/ou acompanhante o procedimento e a finalidade;
- Calçar luvas;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Clampear a extensão do frasco coletor, preferencialmente próximo da inserção do dreno;
- Desconectar a tampa do frasco;
- Avaliar aspecto, cor e volume da secreção drenada;
- Desprezar a secreção drenada no saco de lixo contaminado;
- Enxaguar o frasco com água destilada e desprezar no saco de lixo contaminado;
- Preencher o frasco com água destilada 600ml (selo d'água);

- Conectar a tampa ao frasco e certificar-se que está vedada;
- Desclampar a extensão do frasco coletor;
- Identificar o frasco com as seguintes informações: data, horário, volume do selo d'água, solução utilizada, nome do profissional que realizou a troca;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Desprezar o lixo contaminado no expurgo;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar a troca de selo d'água na prescrição médica.

OBS: Em caso de drenagem de tórax em aspiração contínua, o selo d'água do dreno de tórax deve ser 600ml. No frasco em aspiração contínua deverá ser colocado 1000ml de água destilada.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Registrar volume, aspecto e cor da drenagem;
- O volume da drenagem deverá ser lançada no registro de sinais vitais onde há disponível drenagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Contaminação do sistema de drenagem durante o procedimento;
- Erro na execução do procedimento, ocasionando entrada de ar no pulmão;
- Tracionamento acidental do dreno de tórax.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter técnica asséptica durante o procedimento;
- Manter frasco de drenagem abaixo do tórax;
- Realizar troca do selo d'água a cada 24 horas e se necessário;
- Antes de abrir o sistema de drenagem, certificar-se que o mesmo está clampeado.

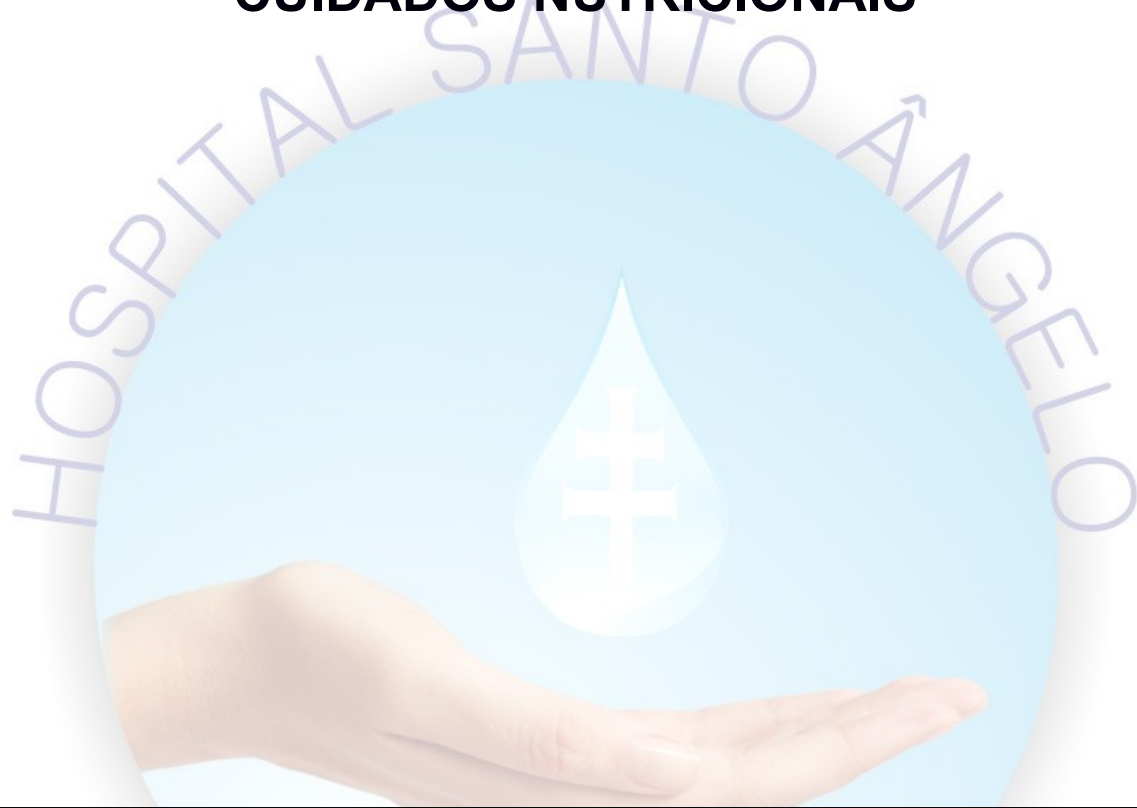
10. REFERÊNCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem: médico cirúrgico. 2 vols. 13 Ed, 2015.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

CUIDADOS NUTRICIONAIS



ENFERMAGEM	 <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p>			POP Nº 78
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Administração de Dieta Enteral			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2020/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Administrar a nutrição enteral (NE) através de cateteres posicionados no estômago, duodeno ou jejuno, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou

complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais;

- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas;
- Prover a ingestão hídrica por meio de dispositivo instalado.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Frasco de sistema fechado ;
- Equipo próprio para nutrição enteral;
- Seringa de 20ml/60ml;
- Copo com água potável;
- Estetoscópio;
- Suporte de soro;
- Saco de lixo branco;
- Bomba de infusão .

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Conferir na prescrição médica a dieta prescrita e o volume a ser infundido;
- Higienizar as mãos;
- Identificar paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Preparar o material;
- Preparar o paciente colocando-o em semi-fowler com cabeceira elevada a 30°;
- Confirmar o posicionamento da sonda;

- Aspirar conteúdo da sonda antes de iniciar a administração da dieta;
- Conectar o equipo da dieta a sonda e administrar a dieta por bomba de infusão, conforme prescrição da nutricionista, de forma contínua ;
- Monitorar a infusão da dieta;
- Lavar a sonda com 20 ml de água potável de 6 em 6 horas;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas e desprezar em local adequado;
- Higienizar as mãos;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Trato gastrointestinal não funcionando;
- Paciente em NPVO;
- Íleo intestinal grave;
- Instabilidade Hemodinâmica;
- Pancreatite complicada.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente, checar início e término da dieta administrada, evoluir intercorrências evidenciadas e comunicar enfermeiro e/ou médico.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Administração de dieta em paciente errado;
- Administração de dieta incorreta;
- Obstrução do dispositivo por não lavar a sonda de 6 em 6 horas;
- Náuseas/vômito/diarreia quando dieta administrada com gotejamento intenso;
- Instalação/administração da dieta em via endovenosa;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Nunca feche o dispositivo, sem antes lavar o sistema. Lavar o sistema conforme as orientações prevenindo obstruções na sonda.

- Se houver obstrução da sonda, o procedimento recomendado para desobstrução é a lavagem da mesma com aproximadamente 20 ml de água morna sob pressão, ou com volume maior, utilizando uma seringa.
- A dieta não deve ser suspensa caso ocorra diarreia. Se o paciente apresentar diarreia, a nutricionista e o médico devem ser comunicados, pois a dieta é apenas uma das possíveis causas de diarreia e, muitas vezes, esta poderá ser corrigida sem prejuízo nutricional para o paciente.
- Paciente com gastrostomia deverá ser lavada a sonda a cada 6 horas com 60ml de água potável.
- Se dieta intermitente, após a infusão da mesma paciente deverá permanecer no mínimo 30 minutos com a cabeceira elevada;
- Se dieta contínua, a mesma deverá ser interrompida 30 minutos antes de iniciar a higiene corporal.

10. REFERÊNCIAS

Forest-Lalande L. Gastrostomias para nutrição enteral. Tradução: Dreyer E. Campinas: Ed. Lince. 2011;

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 79
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Nutrição Parenteral		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Fornecer suporte nutricional e energético para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo
- Bolsa com solução de nutrição parenteral já preparada;
- Equipo para bomba de infusão;
- Bomba de infusão;
- Luvas estéril;
- Máscara cirúrgica;
- Álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Conferir na prescrição médica se está prescrito a Terapia Nutricional Parenteral e/os medicamentos prévios;
- Solicitar para a farmácia a preparação da bolsa de nutrição parenteral;
- Transportar a bolsa de NPT com a solução já em temperatura ambiente à unidade;
- Conferir o rótulo de NPT com a prescrição médica – o nome, leito, a composição e o volume(Observar alteração na cor, ou presença de partículas de precipitação);
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento e sua finalidade;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar luva estéril;
- Solicitar ao técnico de enfermagem que alcance a bolsa de NPT e o equipo;
- Retirar o lacre e encaixar o equipo da bomba de infusão a bolsa de NPT;
- Preencher o equipo retirando o ar da extensão do mesmo;

- Realizar a desinfecção da conexão do dispositivo com álcool 70% inserido no acesso venoso central;
- Instalar o equipo no acesso e programar a bomba de infusão conforme prescrição médica;
- Recolher o material e desprezar em local adequado;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o horário de instalação da NPT na prescrição médica e evoluir o procedimento na evolução de enfermagem.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Em casos de choque pirogênico suspender imediatamente a infusão;
- Não utilizar fontes de calor para aumentar a temperatura da NPT;
- Não instalar NPT em acesso periférico.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção;
- Atentar para incompatibilidade de medicamentos como: anfotericina, ampicilina, carbenicilina, kanamicina e gentamicina com a solução de NPT;
- Quando da pausa da administração de NPT for inevitável e superior a 1 hora os níveis de glicemia devem ser monitorizados.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Retirar a NPT da geladeira com antecedência de 1 a 2 horas antes da infusão;
- A NPT deve ser infundida em via exclusiva;
- Após o término ou interrupção da administração de NPT, recomenda-se a infusão de solução de glicose 5% e observar os níveis glicêmicos.
- A cada troca de NPT, trocar o equipo da bomba de infusão.

10. REFERÊNCIAS

CHAGAS, F.P., et al. Cuidados de enfermagem na nutrição parenteral (NP). In: CARUSO, L.; SOUSA, A.B.(org) Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário de São Paulo 0 HU/USP. São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 2014, p.123-125.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 80
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Sonda Nasoentérica		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2020/2021	

1. OBJETIVOS

- Administrar medicamentos e nutrição por via enteral;
- Diagnosticar a motilidade gastrintestinal e outras disfunções;

- Drenar conteúdo gástrico;
- Prevenir bronco aspiração em pacientes acamados;
- Realizar descompressão gástrica;
- Realizar lavagem gástrica.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Benjoim;
- Compressa não estéril ou toalha;
- Copo com água;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Gazes;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Seringa de 20 ml;
- Sonda Nasoentérica;
- Xilocaína gel.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em fowler com a cabeceira elevada a 45°. Colocar o travesseiro atrás da cabeça e dos ombros. Caso o paciente não possa ter a

cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

- Colocar máscara, óculos e luvas de procedimento;
- Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e uso de prótese dentária;
- Colocar uma compressa ou toalha sobre o tórax do paciente;
- Higienizar as narinas com solução fisiológica, se necessário;
- Medir a sonda da ponta do nariz até o início do canal auditivo externo do paciente e, a seguir, estender a sonda até o apêndice xifóide. Acrescentar 15 a 20 cm, marcando com esparadrapo;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel em uma gaze;
- Se paciente consciente, orientar para relaxar os músculos da face
- Introduzir a sonda delicadamente na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, neste ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição até o ponto marcado;
- Testar o posicionamento da sonda:
- Injetar 20 ml de ar com a seringa e auscultar com estetoscópio a região epigástrica;
- Com a seringa, aspirar o suco gástrico;
- Mergulhar em copo com água a extremidade proximal da sonda e verificar se há saída de bolhas de ar, o que indica que a sonda possa estar localizada nas vias aéreas;
- Após a confirmação do posicionamento da sonda, retirar o fio guia delicadamente;
- Remover a oleosidade da pele com gaze e álcool 70% no local da fixação. Se necessário, utilizar benjoim para facilitar a aderência;
- Fixar a sonda na face, do mesmo lado da narina utilizada, com esparadrapo ou micropore.
- Se sonda nasoentérica para drenagem de conteúdo gástrico, manter sonda aberta em frasco e observar secreção drenada;
- Deixar o paciente em posição confortável;

- Solicitar ao paciente, se possível, que permaneça em decúbito lateral direito para migração da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Mal formação ou obstrução importante do septo nasal;
- Traumatismo cranioencefálico com fratura de base de crânio;
- Varizes ou lesões esofagianas graves.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Se for utilizada sonda nasogástrica para drenagem de secreção ou lavagem gástrica, registrar o volume, cor, característica e odor da drenagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Dor;
- Epistaxe;
- Lesões orais, nasais, esofágicas ou gástricas;
- Lesões ou dermatites por fixação da sonda;
- Náuseas;
- Pneumonia aspirativa;
- Sinusite;
- Trauma nasal;
- Vômitos.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Administrar o antiemético prescrito;

- Atentar para sinais de asfixia como cianose, tosse e dispneia que são indicativos que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório, neste caso, retirar a sonda imediatamente;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago, a sonda não pode ser repassada e nem reintroduzida sem avaliação médica;
- Guardar o fio guia da sonda nasoentérica em uma embalagem e mantê-la junto aos pertences do paciente, caso a sonda atual precise ser repassada;
- Introduzir a sonda com delicadeza;
- Na sondagem nasoentérica, realizar radiografia de abdômen para confirmação da posição da sonda antes de administrar dieta ou medicação;
- Orientar paciente e familiares que não reintroduzam a sonda em casos de perda ou deslocamento acidental;
- Pacientes com fratura de base de crânio realizar sondagem orogástrica;
- Pacientes com suspeita de trauma raquimedular não elevar o decúbito;
- Para facilitar a saída do fio guia da sonda nasoentérica, lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou solução fisiológica antes da passagem da sonda;
- Realizar higiene nasal e oral rigorosa e frequente nestes pacientes;
- Realizar os testes de posicionamento da sonda, descritos acima, antes da administração da dieta ou medicações;
- Realizar rodízio nos locais de fixação da sonda;
- Se houver resistência na passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda e passar pela outra narina;
- Se o paciente apresentar náuseas ou vômitos durante a passagem da sonda, interromper temporariamente o procedimento, remover a sonda e retornar a passagem após avaliação.
- Em caso do paciente estar com TET, TOT ou traqueostomia, tentar passar a sonda sem desinflar o balonete, caso não seja possível, desinflar o balonete e solicitar ao técnico de enfermagem que mantenha o dispositivo posicionado para evitar que o mesmo seja tracionado.

- Após realização do raio x de abdômen, solicitar ao médico que avalie o exame de imagem, para confirmação do posicionamento da sonda e posterior liberação da dieta.
- Em caso de passagem de sonda nasoentérica em pacientes obesos, deixar o mandril na sonda, realizar o raio x de abdômen de controle e após confirmação do posicionamento da sonda retirar o mandril.


10. REFERÊNCIAS

Governo do distrito federal (Brasília–DF), Secretaria de estado de saúde, Subsecretaria de Atenção à saúde, Gerência de enfermagem. Manual de Procedimentos de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2012 [Acesso em 2017 abril 11]. Disponível em: <http://www.corendf.org.br/portal/images/pdf/Manual%20de%20Procedimentos%20em%20Enfermagem.pdf>

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2018 [Acesso em 2021 Janeiro 02]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017 agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 81
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Sondagem Nasogástrica e Orogástrica		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Administrar medicamentos e nutrição por via enteral;
- Diagnosticar a motilidade gastrintestinal e outras disfunções;
- Drenar conteúdo gástrico;
- Prevenir bronco aspiração em pacientes acamados;
- Realizar descompressão gástrica;
- Realizar lavagem gástrica.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Benjoim;
- Compressa não estéril ou toalha;
- Copo com água;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Gazes;
- Luvas de procedimento;

- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Seringa de 20 ml;
- Sonda gástrica ou orogástrica, número conforme a avaliação do enfermeiro;
- Xilocaína gel.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em fowler com a cabeceira elevada a 45°. Colocar o travesseiro atrás da cabeça e dos ombros. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- Colocar máscara, óculos e luvas de procedimento;
- Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e uso de prótese dentária;
- Colocar uma compressa ou toalha sobre o tórax do paciente;
- Higienizar as narinas com solução fisiológica, se necessário;

Se sonda nasogástrica:

- Medir a sonda da ponta do nariz até o início do canal auditivo externo do paciente e, a seguir, estender a sonda até o apêndice xifoide. Acrescentar a medida de dois dedos, marcando com esparadrapo;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel em uma gaze;
- Se paciente consciente, orientar para relaxar os músculos da face
- Introduzir a sonda delicadamente na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, neste ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição até o ponto marcado;

Se sonda orogástrica:

- Medir a sonda do queixo do paciente até o início do canal auditivo externo do paciente e, a seguir, estender a sonda até o apêndice xifoide. Acrescentar a medida de dois dedos marcando com esparadrapo;
- Se paciente consciente, orientar para relaxar os músculos da face
- Introduzir a sonda delicadamente na boca do paciente até sentir uma pequena resistência, neste ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição até o ponto marcado;
- Testar o posicionamento da sonda:
- Injetar 20 ml de ar com a seringa e auscultar com estetoscópio a região epigástrica;
- Com a seringa, aspirar o suco gástrico;
- Mergulhar em copo com água a extremidade proximal da sonda e verificar se há saída de bolhas de ar, o que indica que a sonda possa estar localizada nas vias aéreas;
- Remover a oleosidade da pele com gaze e álcool 70% no local da fixação. Se necessário, utilizar benjoim para facilitar a aderência;
- Fixar a sonda na face, do mesmo lado da narina utilizada, com esparadrapo ou micropore. Se sonda orogástrica, fixar na parte inferior do lábio (fixação tipo “bigode”)
- Se sonda nasogástrica para drenagem de conteúdo gástrico, manter sonda aberta em frasco e observar secreção drenada;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Mal formação ou obstrução importante do septo nasal;
- Traumatismo cranioencefálico com fratura de base de crânio;
- Varizes ou lesões esofagianas graves.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Se for utilizada sonda nasogástrica para drenagem de secreção ou lavagem gástrica, registrar o volume, cor, característica e odor da drenagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Dor;
- Epistaxe;
- Lesões orais, nasais, esofágicas ou gástricas;
- Lesões ou dermatites por fixação da sonda;
- Náuseas;
- Pneumonia aspirativa;
- Sinusite;
- Trauma nasal;
- Vômitos.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Atentar para sinais de asfixia como cianose, tosse e dispneia que são indicativos que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório, neste caso, retirar a sonda imediatamente;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago, a sonda não pode ser repassada e nem reintroduzida sem avaliação médica;
- Introduzir a sonda com delicadeza;
- Orientar paciente e familiares que não reintroduzam a sonda em casos de perda ou deslocamento acidental;
- Pacientes com fratura de base de crânio realizar sondagem orogástrica;
- Pacientes com suspeita de trauma raquimedular não elevar o decúbito;
- Realizar higiene nasal e oral rigorosa e frequente nestes pacientes;

- Realizar os testes de posicionamento da sonda, descritos acima, antes da administração da dieta ou medicações;
- Realizar rodízio nos locais de fixação da sonda;
- Se houver resistência na passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda e passar pela outra narina;
- Se o paciente apresentar náuseas ou vômitos durante a passagem da sonda, interromper temporariamente o procedimento, remover a sonda e retornar a passagem após avaliação.
- Em caso do paciente estar com TET, TOT ou traqueostomia, tentar passar a sonda sem desinflar o balonete, caso não seja possível, desinflar o balonete e solicitar ao técnico de enfermagem que mantenha o dispositivo posicionado para evitar que o mesmo seja tracionado.


10. REFERÊNCIAS

Governo do distrito federal (Brasília–DF), Secretaria de estado de saúde, Subsecretaria de Atenção à saúde, Gerência de enfermagem. Manual de Procedimentos de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2012 [Acesso em 2017 abril 11]. Disponível em: <http://www.corendf.org.br/portal/images/pdf/Manual%20de%20Procedimentos%20em%20Enfermagem.pdf>

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---



ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 82
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Cateterismo Vesical de Alívio Feminino			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Obter amostra de urina para exames laboratoriais;
- Proporcionar esvaziamento momentâneo vesical;
- Verificar presença de volume residual de diurese.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Bandeja de cateterismo vesical estéril;
- Clorexidine aquoso 2%;
- Gazes;
- Lubrificante estéril (gel anestésico);
- Luvas estéreis;
- Material de higiene íntima: biombo; lençol; lençol impermeável; comadre; luvas de procedimento; recipiente com água morna; sabonete neutro; compressa não estéril e toalha; avental não estéril;
- Mesa auxiliar;
- Saco plástico;

- Sonda uretral, calibre conforme avaliação do enfermeiro. Usar o menor diâmetro possível, para evitar lesões e desconforto.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento a paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade da paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Colocar biombo, se necessário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar as roupas íntimas da paciente;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, flexionar e afastar os membros inferiores;
- Realizar a higiene íntima feminina;
- Descartar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a bandeja de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais necessários (sonda uretral e gaze estéril) utilizando técnica asséptica;
- Colocar clorexedine aquoso 2% dentro da cuba redonda;
- Calçar luvas estéreis;
- Colocar campo fenestrado e campo estéril;
- Realizar antissepsia conforme segue:
- Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, utilizando o polegar e o primeiro ou segundo dedos com uma gaze em cada lado para não deslizar; com auxílio da pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes embebidas com solução antisséptica e iniciar pelo púbis, grandes lábios, seguido dos pequenos lábios, em movimento único de cima para baixo (frente para trás), utilizando uma gaze para cada movimento realizado. Após, realizar a antissepsia do meato urinário em movimento circular único;
- Desprezar a pinça;

- Solicitar auxílio para colocar gel anestésico em uma gaze;
- Lubrificar a ponta da sonda com gel anestésico;
- Abrir com a mão não dominante os pequenos e grandes lábios;
- Introduzir a sonda na uretra da paciente até a saída da urina e colocar em um recipiente (papagaio, comadre ou recipiente estéril para coleta de exames);
- Aguardar até a saída total da diurese ou volume necessário para amostra de exame;
- Retirar a sonda;
- Retirar campos e realizar a limpeza da região perineal;
- Vestir a paciente;
- Deixar a paciente em posição confortável;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Estenose uretral;
- Obstrução mecânica do canal da uretra;
- Trauma ou lacerações graves no sistema gênito urinário.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Evoluir a finalidade do procedimento, seja esvaziamento diagnóstico ou terapêutico, assim como calibre da sonda utilizada, volume drenado e características da diurese, além de intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto durante o procedimento;
- Infecção urinária;
- Lesão de meato urinário;

- Sangramento local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Introduzir a sonda com delicadeza;
- Manter a privacidade da paciente.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.


ALEIXO E.C.S., OLIVEIRA M.L.F., VICTOR A.C.S, GODOI I.C.B. Implantação de procedimentos operacionais padrão: Estratégia de organização do cuidado da enfermagem. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. [Internet]. 2009 [acesso 2017 abr 22].

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 83
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Cateterismo Vesical de Alívio Masculino			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Obter amostra de urina para exames laboratoriais;
- Proporcionar esvaziamento momentâneo vesical;
- Verificar presença de volume residual de diurese.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja de cateterismo vesical estéril;
- Biombo;
- Clorexidine aquoso 2%;
- Gazes;
- Lubrificante estéril (gel anestésico);
- Luvas estéreis;
- Material de higiene íntima: biombo; lençol; lençol impermeável; comadre; luvas de procedimento; recipiente com água morna; sabonete neutro; compressa não estéril e toalha; avental não estéril;
- Mesa auxiliar.
- Saco plástico;
- Seringa de 10 ml;

- Sonda uretral, calibre conforme avaliação do enfermeiro. Usar o menor diâmetro possível, para evitar lesões e desconforto.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Colocar biombo, se necessário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas afastadas;
- Retirar as roupas íntimas do paciente;
- Realizar a higiene íntima masculina;
- Descartar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a bandeja de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais necessários (sonda uretral, seringa de 10 ml e gaze estéril) utilizando técnica asséptica;
- Colocar clorexidina aquoso 2% (UTIs) e Povidini aquoso (Unidades) dentro da cuba redonda;
- Calçar luvas estéreis;
- Solicitar auxílio para colocar gel anestésico na seringa de 10ml;
- Realizar antissepsia do meato urinário como segue:
- Segurar o pênis com a mão não dominante na posição perpendicular; retraindo o prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante;
- Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça embebida em antisséptico e realizar a antissepsia do meato uretral, da glândula, do corpo do pênis, saco escrotal e região pubiana, utilizando uma gaze para cada movimento realizado;
- Desprezar a pinça;
- Colocar campo fenestrado;
- Injetar a lidocaína diretamente na uretra com a seringa de 10 ml;

- Introduzir a sonda na uretra até a saída da urina e colocar em um recipiente (papagaio, comadre ou recipiente estéril para coleta de exames);
- Aguardar até a saída total da diurese ou volume necessário para amostra de exame;
- Retirar a sonda;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar campos e realizar a limpeza da região perineal;
- Vestir o paciente;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Estenose uretral;
- Hipertrofia prostática grave;
- Obstrução mecânica do canal da uretra;
- Trauma ou lacerações graves no sistema gênito urinário.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Evoluir a finalidade do procedimento, seja esvaziamento diagnóstico ou terapêutico, assim como calibre da sonda utilizada, volume drenado e características da diurese, além de intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto durante o procedimento;
- Infecção urinária;
- Lesão de meato urinário;
- Sangramento local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Introduzir a sonda com delicadeza;
- Manter a privacidade do paciente.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANAI M.I.S, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.


ALEIXO E.C.S, OLIVEIRA M.L.F, VICTOR A.C.S, GODOI I.C.B. Implantação de procedimentos operacionais padrão: Estratégia de organização do cuidado da enfermagem. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. [Internet]. 2009 [acesso 2017 abr 22].

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2017 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: EnfºMárcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Revisado por: EnfºMárcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	---	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98 801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 84
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Cateterismo Vesical de Demora Feminino			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Auxiliar no tratamento de pacientes que perderam o controle esfíncteriano (bexiga neurogênica, trauma raquimedular, entre outros);
- Auxiliar no tratamento de retenção urinária;
- Monitorar débito urinário;
- Proporcionar controle hídrico adequado;
- Proporcionar limpeza da bexiga após procedimentos cirúrgicos (irrigação contínua).

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Agulha 40X12;
- Bandeja de cateterismo vesical estéril;
- Biombo;
- Bolsa coletora de sistema fechado;
- Clorexedine aquoso 2%; Povidine em Unidades;
- Duas ampolas de água destilada;
- Fita micropore;
- Gazes estéreis;

- Lubrificante estéril (gel anestésico);
- Luvas estéreis;
- Material de higiene íntima: biombo; lençol; lençol impermeável; comadre; luvas de procedimento; recipiente com água morna; sabonete neutro; compressa não estéril e toalha; avental não estéril;
- Mesa auxiliar;
- Saco plástico;
- Seringa de 20 ml;
- Sonda uretral/vesical tipo Folley duas ou três vias, calibre conforme avaliação do enfermeiro. Usar o menor diâmetro possível, para evitar lesões e desconforto.

• **5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS**

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento a paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade da paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Colocar biombo, se necessário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar as roupas íntimas da paciente;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, flexionar e afastar os membros inferiores;
- Realizar a higiene íntima feminina;
- Descartar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a bandeja sobre a mesa auxiliar;
- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais necessários (sonda Folley, bolsa coletora, seringa e gaze estéril) utilizando técnica asséptica;
- Colocar clorexidine aquoso 2% dentro da cuba redonda;
- Calçar luvas estéreis;
- Conectar a sonda a bolsa coletora de urina sistema fechado;

- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora que deve permanecer fechado;
- Testar o balonete da sonda com a seringa de 20 ml com ar;
- Solicitar auxílio para colocar gel anestésico em uma gaze e colocar água destilada em seringa entre 10ml a 15ml;
- Colocar campo fenestrado e o campo estéril;
- Realizar antissepsia conforme segue:
- Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, utilizando o polegar e o primeiro ou segundo dedos com uma gaze em cada lado para não deslizar;
- com auxílio da pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes embebidas com solução antisséptica e iniciar pelo púbis, grandes lábios, seguido dos pequenos lábios, em movimento único de cima para baixo (frente para trás), utilizando uma gaze para cada movimento realizado. Após, realizar a antissepsia do meato urinário em movimento circular único;
- Desprezar a pinça;
- Lubrificar a ponta da sonda com gel anestésico;
- Introduzir a sonda na uretra da paciente e aguardar o refluxo de diurese;
- Inflar o balonete com 10 a 15 ml de água destilada. Pacientes idosas ou que se submeteram a procedimentos urológicos, podem necessitar de maior volume no balonete;
- Tracionar vagarosamente a sonda até apresentar resistência e, após, fixar na parte interna da coxa com fita micropore;
- Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora, número da sonda utilizada e nome do enfermeiro;
- Certificar-se que o extensor da bolsa coletora está com o clamp aberto para drenagem;
- Retirar campos e realizar a limpeza da região perineal;
- Vestir a paciente;
- Deixar a paciente em posição confortável;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Higienizar as mãos;

- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Estenose uretral;
- Obstrução mecânica do canal da uretra;
- Trauma ou lacerações graves no sistema gênito urinário.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente e na planilha de procedimentos invasivos na UTI Adulto. Evoluir o calibre da sonda utilizada, volume drenado e características da diurese, além de intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto durante o procedimento;
- Infecção urinária;
- Lesão de meato urinário;
- Lesão na pele em decorrência da fixação da sonda;
- Sangramento local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Ao realizar cateterismo em paciente previamente sondado, manter o sistema clampeado 15 a 30 minutos antes da troca da sondagem, visando manter um volume residual na bexiga para refluxo de diurese;
- Atentar para não tracionar a sonda pelo risco de lesão de uretra;
- Clampear o extensor da bolsa coletora quando a mesma for manipulada acima do nível da bexiga (por exemplo, durante transporte, higiene corporal, entre outros);
- Em pacientes com diminuição do débito urinário e que não apresentarem refluxo de diurese ao realizar o cateterismo, pressionar a região suprapúbica para facilitar a drenagem de urina;

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Inflar o balonete com a menor quantidade possível de água destilada;
- Introduzir a sonda com delicadeza;
- Manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga;
- Manter a privacidade da paciente;
- Não desconectar a bolsa coletora da sonda após realização do cateterismo;
- Não realizar a prática de “desmame de sonda vesical de demora”, tendo em vista que ao clampar a sonda há retenção de urina residual, o que favorece a ocorrência de infecção urinária;
- Não realizar troca de bolsa coletora. Caso ocorra vazamentos, ruptura ou contaminação, todo o sistema deverá ser trocado;
- Não realizar troca rotineira e/ou programada da sonda;
- Realizar rodízio dos locais de fixação da sonda e evitar fixar em áreas lesadas.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI M.I.S, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.


GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

ALEIXO E.C.S, OLIVEIRA M.L.F, VICTOR A.C.S, GODOI I.C.B. Implantação de procedimentos operacionais padrão: Estratégia de organização do cuidado da enfermagem. 61ºCongresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. [Internet]. 2009 [acesso 2017 abr 22].

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

Elaborado por: EnfºMárcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Revisado por: EnfºMárcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	---	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 85
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Cateterismo Vesical de Demora Masculino			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Auxiliar no tratamento de pacientes que perderam o controle esfinteriano (bexiga neurogênica, trauma raquimedular, entre outros);
- Auxiliar no tratamento de retenção urinária;
- Monitorar débito urinário;
- Proporcionar controle hídrico adequado;
- Proporcionar limpeza da bexiga após procedimentos cirúrgicos (irrigação contínua).

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Agulha 40X12
- Bandeja de cateterismo vesical estéril;
- Biombo;
- Bolsa coletora de sistema fechado;
- Clorexedine aquoso 2%; Povidine em Unidades;
- Duas ampolas de água destilada;
- Fita micropore;
- Gazes estéreis;
- Lubrificante estéril (gel anestésico);
- Luvas estéreis;
- Material de higiene íntima: biombo; lençol; lençol impermeável; comadre; luvas de procedimento; recipiente com água morna; sabonete neutro; compressa não estéril e toalha; avental não estéril;
- Mesa auxiliar;
- Saco plástico;
- Seringa de 10 ml;
- Seringa de 20 ml;
- Sonda uretral/vesical tipo Folley duas ou três vias, calibre conforme avaliação do enfermeiro.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Colocar biombo, se necessário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar as roupas íntimas do paciente;
- Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas afastadas;
- Realizar a higiene íntima masculina;

- Descartar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a bandeja sobre a mesa auxiliar;
- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais necessários (sonda Folley, bolsa coletora, seringas e gaze estéril) utilizando técnica asséptica;
- Colocar clorexidine aquoso 2% dentro da cuba redonda;
- Calçar luvas estéreis;
- Conectar a sonda a bolsa coletora de urina sistema fechado;
- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora que deve permanecer fechado;
- Testar o balonete da sonda com a seringa de 20 ml com ar;
- Conectar a agulha na seringa de 20 ml;
- A pessoa que auxilia o procedimento deve abrir a água destilada e oferecê-la para aspirar;
- Quem realiza o procedimento deve aspirar 20 ml de água destilada e após desconectar a agulha da seringa;
- Desconectar o êmbolo da seringa de 10 ml;
- A pessoa que auxilia o procedimento deve preencher o interior do corpo da seringa com 10 ml de gel anestésico;
- Conectar novamente o êmbolo da seringa com cuidado para que o gel lubrificante não extravase;
- Realizar antissepsia do meato urinário como segue:
- Segurar o pênis com a mão não dominante na posição perpendicular; retraindo o prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante;
- Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça embebida em antisséptico e realizar a antissepsia do meato uretral, da glândula, do corpo do pênis, saco escrotal e região pubiana, utilizando uma gaze para cada movimento realizado;
- Desprezar a pinça;
- Colocar campo fenestrado e o campo estéril;
- Introduzir delicadamente a ponta da seringa dentro da uretra do paciente e instilar os 10 ml de gel anestésico;

- Levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda na uretra e aguardar o refluxo de diurese;
- Inflar o balonete com 10 a 15 ml de água destilada. Pacientes idosos ou que se submeteram a procedimentos urológicos, podem necessitar de maior volume no balonete;
- Tracionar vagarosamente a sonda até apresentar resistência e, após, fixar na região suprapúbica;
- Reposicionar o prepúcio e remover o excesso de antisséptico da região do meato;
- Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora, número da sonda utilizada e nome do enfermeiro;
- Certificar-se que o extensor da bolsa coletora está com o clamp aberto para drenagem;
- Retirar campos e realizar a limpeza da região perineal;
- Vestir o paciente;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Estenose uretral;
- Hipertrofia prostática grave;
- Obstrução mecânica do canal da uretra;
- Trauma ou lacerações graves no sistema gênito urinário.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Evoluir o calibre da sonda utilizada, volume drenado e características da diurese, além de intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto durante o procedimento;
- Infecção urinária;
- Lesão de meato urinário;
- Lesão na pele em decorrência da fixação da sonda;
- Sangramento local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Ao realizar cateterismo em paciente previamente sondado, manter o sistema clampeado 15 a 30 minutos antes da troca da sondagem, visando manter um volume residual na bexiga para refluxo de diurese;
- Atentar para não tracionar a sonda pelo risco de lesão de uretra;
- Clampear o extensor da bolsa coletora quando a mesma for manipulada acima do nível da bexiga (por exemplo, durante transporte, higiene corporal, entre outros);
- Em pacientes com diminuição do débito urinário e que não apresentarem refluxo de diurese ao realizar o cateterismo, pressionar a região supra-púbica para facilitar a drenagem de urina;
- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Inflar o balonete com a menor quantidade possível de água destilada;
- Introduzir a sonda com delicadeza;
- Manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga;
- Manter a privacidade da paciente;
- Não desconectar a bolsa coletora da sonda após realização do cateterismo;
- Não realizar a prática de “desmame de sonda vesical de demora”, tendo em vista que ao clampear a sonda há retenção de urina residual, o que favorece a ocorrência de infecção urinária;
- Não realizar troca de bolsa coletora. Caso ocorra vazamentos, ruptura ou contaminação, todo o sistema deverá ser trocado;
- Não realizar troca rotineira e/ou programada da sonda;
- Realizar rodízio dos locais de fixação da sonda e evitar fixar em áreas lesadas;
- Reposicionar o prepúcio após o término da sondagem.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI M.I.S, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

ALEIXO E.C.S, OLIVEIRA M.L.F, VICTOR A.C.S, GODOI I.C.B. Implantação de procedimentos operacionais padrão: Estratégia de organização do cuidado da enfermagem. 61ºCongresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. [Internet]. 2009 [acesso 2017 abr 22].

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2013 fevereiro 27]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

Elaborado por: EnfºMárcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Revisado por: EnfºMárcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	---	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 86
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Irrigação Vesical Contínua		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Remover sedimentos, coágulos, urina em decomposição ou fins terapêuticos;
- Instalação de solução para lavagem contínua da bexiga;

- Proporcionar limpeza da bexiga após procedimentos cirúrgicos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Biombo s/n;
- Suporte de soro;
- Clorexidina alcoólica;
- Frasco de solução conforme prescrição médica (rotulado como Solução para Irrigação Vesical)
- Equipo macrogotas;
- Impresso para registro;
- Frasco graduado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Esvazie o saco coletor de urina;
- Pendure o frasco de solução prescrita no suporte de soro;
- Faça antissepsia na conexão entre a terceira via da sonda e a tampa de oclusão da via, com gazes embebidas em clorexidina alcoólica;
- Desconecte o oclisor da terceira via da sonda e retire a tampa do equipo do soro;
- Conecte o equipo na terceira via da sonda;

- Deixar infundir o soro em gotejamento conforme prescrição médica, trocando o frasco antes do término;
- Esvaziar a bolsa coletora sempre que a mesma estiver cheia;
- Realizar o balanço de volume infundido e drenado;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar luvas e desprezar em lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- A critério médico;
- Sonda vesical obstruída.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Evoluir o volume drenado e características da diurese, além de intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Contaminação da sonda;
- Não registro do procedimento;
- Obstrução da sonda por gotejamento inadequado;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Trocar frasco de solução antes do término do anterior;
- Pedir ao paciente que ajude a observar quando acabar a solução da irrigação, chamando a equipe quando necessário;
- Realizar ordenha no Y da sonda para evitar obstrução;
- Atentar para não tracionar a sonda pelo risco de lesão de uretra;
- Clampear o extensor da bolsa coletora quando a mesma for manipulada acima do nível da bexiga (por exemplo, durante transporte, higiene corporal, entre outros);
- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI M.I.S, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

PRADO, M.L. do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 87
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Lavagem Intestinal			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Preparar pacientes para exames, partos e cirurgias eliminando resíduos intestinais;
- Aliviar paciente em constipação;

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Solução prescrita;
- Impermeável;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Comadre;
- Suporte de soro;
- Biombos;
- Sonda retal (tamanho adequado ao paciente);
- Gazes;
- Equipo de soro;
- Luvas de procedimento e máscara;
- Etiqueta com identificação da medicação

- Saco de lixo contaminado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Preparar o enema conectando o equipo ao frasco de solução e rotulado.
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Retirar o ar do equipo;
- Cercar a cama com biombos se necessário proporcionando a privacidade do paciente;
- Colocar o suporte do soro, junto ao leito;
- Colocar a comadre sobre o leito;
- Colocar um impermeável sob as nádegas do paciente, para proteger a cama ou forro/fralda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo (Posição de Sims), com a perna esquerda estendida e a direita fletida;
- Colocar o frasco com a solução, e o equipo no suporte;
- Adaptar a sonda retal ao equipo;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Lubrificar a ponta distal da sonda retal com lidocaína gel;
- Com a mão esquerda, afastar a prega interglútea, expondo a região anal;
- Introduzir a sonda no reto em direção à cicatriz umbilical cerca de 7 a 10 cm.
- Pedir para o paciente respirar vagarosamente pela boca;
- Abrir a pinça do equipo e deixar o líquido correr lentamente;
- Após o término da infusão clampear o equipo e retirar a sonda;
- Desprezar a sonda em saco branco contaminado;
- Encorajar o paciente a reter a solução o máximo de tempo que conseguir;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, e levantar a cabeceira do leito;

- Colocar o paciente na comadre ou levar ao banheiro, deixar o papel higiênico à mão;
- Pedir ao paciente que não dê a descarga para observação do conteúdo;
- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezar o conteúdo, e encaminhar ao expurgo para a limpeza;
- Realizar a higiene íntima se necessário;
- Posicionar confortavelmente o paciente;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Observar se paciente com as seguintes patologias: prolapso intestinal, colite ulcerativa e obstrução intestinal.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesão da mucosa anal;
 - Sangramento anal;
 - Dor ou desconforto;
 - Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
- prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;

- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa
- registro certo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Evitar administração da solução em temperatura fria;
- Introduzir a sonda de forma delicada, em caso de resistência tentar passar uma sonda de calibre menor.

10. REFERÊNCIAS

Governo do Distrito Federal (Brasília – DF), Secretária de Estado de Saúde, Subsecretária de Atenção à Saúde, Gerência de Enfermagem. Manual de Procedimento de Enfermagem (Internet). Brasília; 2012. Acesso em 13/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 88
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Lavagem Intestinal pela Colostomia/Ileostomia			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Eliminar resíduos fecais através da colostomia/ileostomia;
- Manter o estoma intestinal saudável com avaliação e limpeza do mesmo.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Solução prescrita para lavagem intestinal;
- Toalha ou forro;
- Sonda retal fina;
- Gazes;
- Bolsa de colostomia;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Tesoura comum;
- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Lubrificante;
- Biombo se necessário

- Saco de lixo contaminado;
- Transofix;
- Cuba rim;
- Etiqueta com identificação.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Preparar o enema conectando o equipo ao frasco de solução e rotulado.
- Retirar o ar da extensão do equipo deixando correr a solução no mesmo;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar os biombos se necessário, proporcionando privacidade ao paciente;
- Pendurar o frasco da solução no suporte de soro já conectado;
- Conectar a sonda retal na extremidade do equipo;
- Colocar a máscara;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Lubrificar a ponta distal da sonda retal com lidocaína gel;
- Retirar a bolsa de colostomia e desprezar no lixo contaminado, se descartável, e guardar a bolsa quando reutilizável (adaptável a placa de Karaya);
- Proceder a limpeza ao redor da colostomia com gaze e SF 0,9%;
- Segurar a sonda retal com o auxílio de uma gaze;
- Introduzir cerca de 10 cm da sonda;
- Abrir a pinça do equipo da solução e deixar o líquido correr lentamente;
- Fechar a pinça quando terminar a solução, evitar a entrada de ar;
- Retirar a sonda, clampeando e puxando em seguida;
- Desprezar a sonda no lixo branco contaminado;
- Retirar luvas;

- Calçar luvas;
- Após o efeito satisfatório da lavagem, proceder a limpeza ao redor da colostomia;
- Secar a área ao redor da colostomia com gazes;
- Passar solução de benjoim;
- Verificar o diâmetro da colostomia para encaixe da bolsa;
- Providenciar a higiene do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher o material;
- Anotar na folha de controles, o procedimento realizado;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrada posteriormente.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Distensão intestinal;
 - Lesão na colostomia;
 - Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
- prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;
 - hora certa;
 - fluxo/vazão certa;
 - via certa;
 - técnica certa

- registro certo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Observar o estoma durante o procedimento com a finalidade de detectar sinais de sofrimento no estoma;
- Controlar velocidade da lavagem conforme objetivo.

10. REFERÊNCIAS

SANTOS, V.L.C.G; CESARETTI, I.U.R. Assistência em estomaterapia. Cuidando de pessoas com estomia. Ed. Atheneu. 2 edição, 2015.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 89
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Lavagem Vesical			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Desobstruir a sonda vesical de demora;
- Manter a permeabilidade do cateter urinário.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatório da instituição

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Solução fisiológica;
- Álcool 70%;
- Bandeja de sondagem vesical estéril;
- Gazes;
- Luvas estéreis;
- Mesa auxiliar;
- Seringa de 60 ml (bico longo);
- Biombo.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

- Colocar biombo se necessário para manter a privacidade do paciente
- Fazer a desinfecção da ponta terminal da sonda e da ponta inicial da bolsa coletora de diurese com álcool 70%;
- Abrir a bandeja de sondagem vesical;
- Colocar solução fisiológica na cuba estéril;
- Calçar luvas estéril;
- Aspirar solução fisiológica da cuba com a seringa;
- Desconectar a sonda da bolsa coletora;
- Introduzir a seringa na sonda e injetar a solução fisiológica;
- Aspirar o conteúdo injetado;
- Desprezar o conteúdo aspirado em outra cuba;
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias até desobstruir a sonda;
- Conectar a sonda a bolsa coletora;
- Encaminhar o material ao local adequado de descarte;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica

7. REGISTROS

Registrar as informações do procedimento no prontuário do paciente com assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção urinária;
- Contaminação da sonda;
- Não fixação da sonda.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter a técnica asséptica durante toda a realização do procedimento;

- Realizar a lavagem vesical apenas em casos de obstrução de sonda vesical de demora em que não for possível repassar a sonda vesical, tais como: pós-operatório imediato de cirurgia urológica, trauma urológico ou conforme orientação médica.
- Em pacientes com sonda suspeita de obstrução e sem prescrição médica de lavagem, em princípio pode-se realizar manobras de desobstrução, realizando a compressão da junção do cateter com o coletor (Y) sem desconectar do sistema e a ordenha da extensão do coletor.
- Caso ocorra dificuldade em desobstruir a sonda, comunicar o médico para conduta.

10. REFERÊNCIAS

Hospital Getúlio Vargas. Procedimento Operacional Padrão Enfermagem [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 fevereiro 25]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d12b397436.pdf


Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

LYNN P. Manual de Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor. Artmed. Porto Alegre. 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon</p>	<p>Revisado por: Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---



ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 90
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Curativo de Cateter Venoso Central			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Manter o cateter estabilizado;
- Observar ocorrência de flebite na inserção do cateter;
- Prevenir infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de Internação e Ambulatório da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo;
- Biombo, se necessário;
- Gazes;
- Luvas de procedimento;
- Esparadrapo ou filme transparente;
- Pacote de curativo esterilizado;
- Saco plástico;
- Solução antisséptica (clorexidine alcoólica 0,5%).

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

- Promover a privacidade do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o paciente em posição adequada e confortável, orientando a manter o rosto voltado para o lado oposto do curativo (quando o cateter for inserido em jugular ou subclávia);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica, utilizando a mesa auxiliar;
- Colocar as pinças com os cabos voltados para as bordas do campo;
- Colocar gazes sobre o campo;
- Começar soltando o curativo anterior com uma das mãos no canhão do cateter venoso central, com o cuidado de não tracionar o cateter;
- Desprezar o curativo anterior no saco plástico;
- Montar a primeira pinça com auxílio da segunda umedecendo a gaze em solução antisséptica (clorexidine alcoólica 0,5%);
- Proceder a limpeza do local de inserção do cateter com movimentos semicirculares, utilizando todos os lados da gaze, após desprezá-la;
- Proceder a limpeza da região ao redor do ponto de inserção com solução antisséptica, após desprezar a gaze;
- Limpar a extensão do ponto de inserção do cateter até a conexão com o dispositivo de duas vias, após desprezar a gaze;
- Secar a região do ponto de inserção e a seguir ao redor do mesmo;

Se curativo realizado com gaze e micropore/esparadrapo:

- Colocar uma gaze dobrada longitudinalmente sob a extensão do cateter e outra gaze dobrada sobre a inserção do cateter, não cortar a gaze. Fixar o curativo com micropore/esparadrapo ocluindo toda área da gaze. Após realizar “gravata” de fixação com o dispositivo de duas vias. Registrar no curativo a data, hora e nome do enfermeiro que realizou o curativo.

Se curativo realizado com filme transparente:

- Neste curativo não utilizar gaze. Desprender a proteção do filme transparente e ocluir toda a inserção do cateter com o curativo filme. Registrar no curativo a data, hora e nome do enfermeiro que realizou o curativo.
- Deixar o paciente em posição confortável;

- Retirar as luvas e Higienizar as mãos;
- Descartar os resíduos no lixo branco contaminado;
- Checar o procedimento, anotar os gastos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Checar o curativo na prescrição médica e registrar no prontuário do paciente o antisséptico e cobertura utilizada, o aspecto da inserção do cateter, tais como sinais flogísticos e demais anormalidades encontradas, como ponto solto ou cateter tracionado, por exemplo. Se cobertura com curativo transparente, evoluir como curativo especial, assinar e carimbar com carimbo da comissão de curativos.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Alergia a fita adesiva ou filme transparente;
- Aparecimento de sinais e sintomas associados à infecção local e sistêmica (ex: hiperemia, edema, rubor, entre outros);
- Tração ou retirada acidental do cateter.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Comunicar imediatamente o médico se aparecimento de sintomas de infecção local e sistêmica;
- Curativo realizado com filme transparente: utilizar este curativo após 24 horas da punção do cateter e a troca deverá ser realizado a cada 7 dias ou sempre que estiver sujo, solto ou úmido. O filme transparente é contra-indicado nas primeiras 24 horas após a punção do cateter ou se o paciente apresentar sangramento no sítio da inserção do cateter, sudorese excessiva, lesão e/ou alergia ao filme transparente.
- Curativo realizado com gaze e micropore/esparadrapo: realizado nas primeiras 24 horas após a punção do cateter ou em casos em que o uso do curativo com filme

transparente é contra-indicado. Deverá ser trocado a cada 48 horas ou sempre que estiver sujo, solto ou úmido;

- Manter o curativo oclusivo;
- Realizar a retirada do curativo delicadamente, para não tracionar o cateter.


10. REFERÊNCIAS

Bulechek, GM. Butcher, HK. Dochterman, JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 91
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Curativo de Coto Umbilical			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Realizar a assepsia do coto umbilical para evitar meio de cultura.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Gazes;
- Cotonete;
- Álcool 70%;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Embeber gazes ou cotonete com álcool 70% para higiene da cicatriz umbilical;
- Secar com gaze seca;
- Enrolar uma gaze umedecida com álcool 70% no coto umbilical;
- Fechar a fralda;
- Vestir o RN;
- Retirar as luvas e desprezar em lixo adequado;

- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário do RN.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento e se há presença de sinais flogísticos.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Sangramento;
- Infecção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Pinçar o coto umbilical por 5 minutos com auxílio de uma pinça hemostática em casos de sangramento.

10. REFERÊNCIAS


GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p>			POP N° 92
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Curativo De Dreno de Tórax			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Limpar a incisão e efetuar a troca de proteção externa.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Pacote de curativo;
- Biombo se necessário;
- Gaze;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Transofix;
- Saco de lixo contaminado;
- Luva de procedimento;
- Micropore/ fita adesiva (hypafix).

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar para o paciente e/ou acompanhante o procedimento e a finalidade;
- Colocar biombo se necessário para promover a privacidade do paciente;
- Calçar luvas;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Abrir o pacote de curativo de forma asséptica;
- Remover o curativo delicadamente com a pinça anatômica, avaliando secreção drenada, odor, cor e aspecto;
- Desprezar em saco de lixo contaminado;
- Limpar a inserção do dreno com SF 0,9% em temperatura ambiente, da área menos contaminada para a mais contaminada.
- Com outra torunda umedecida com SF 0,9% realizar a limpeza do extensor do dreno;
- Secar a ferida e o extensor com gaze;
- Colocar cobertura seca e ocluir, fixando o curativo com hypafix/micropore/esparadrapo;
- Identificar o curativo com data, vencimento, horário e nome do profissional que realizou o procedimento;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material;
- Desprezar em lixo contaminado;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Registrar aspecto, odor e cor da drenagem;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Tracionamento acidental do dreno de tórax;
- Lesões dermatológicas devido a fixação.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Manter técnica asséptica durante o procedimento;
- Realizar troca do curativo a cada 48 horas e se necessário;
- Atentar para sinais flogísticos e comunicar o médico assistente

10. REFERÊNCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem: médico cirúrgico. 2 vols. 13 Ed, 2015.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 93
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Realização de Curativo			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Auxiliar e estimular a cicatrização de feridas;
- Diminuir infecções cruzadas;

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Pacote de curativo;
- Gazes;
- Soro fisiológico 0,9% aquecido;
- Luva de procedimento;
- Agulha 40/12;
- Transofix;
- Saco de lixo contaminado;
- Apósito;
- Atadura;
- Micropore/hypafix/esparadrapo/fita crepe;
- Biombo se necessário

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Verificar se está prescrito curativo na prescrição médica;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante e sua finalidade;
- Manter a privacidade do paciente utilizando biombo se necessário;
- Calçar luvas;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica(Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo);
- Retirar o curativo antigo utilizando a pinça anatômica, umedecendo-o com soro fisiológico para facilitar a retirada;
- Apanhar a torunda com a pinça Crylle, umedecendo com SF 0,9% aquecido e iniciar limpeza;

Em feridas assépticas/limpas:

- Limpar o leito da ferida de dentro para fora, em sentido único, utilizando os quatro lados da torunda.

Em feridas séptica/contaminadas:

- Limpar o leito da ferida de fora para dentro, em sentido único, utilizando os quatro lados da torunda.
- Sempre do local menos contaminado para o mais contaminado.
- Utilizar quantas gazes forem necessárias para a limpeza da lesão.
- Para novas torundas utiliza-se a pinça Kocher;
- Desprezar os materiais em saco de lixo contaminado;
- Se prescrito aplicar anti-séptico;
- Secar o leito da lesão em sentido único de forma delicada;
- Secar a pele adjacente;
- Colocar cobertura seca, compatível com o tamanho da lesão, fixando o curativo;
- Deixar paciente em posição confortável;

- Retirar luvas;
- Encaminhar os resíduos do curativo para descarte adequado no lixo contaminado;
- Desprezar as pinças do curativo em local adequado;
- Higienizar as mãos;
- Checar o curativo na prescrição médica e evoluir o procedimento descrevendo drenagem, aspecto da lesão, tamanho do curativo e sempre que apresentar anormalidades comunicar o enfermeiro.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário o tipo de lesão, cicatrização, presença de secreção, odor, tamanho e aspecto. Se intercorrências ou anormalidades comunicar o médico assistente. Após carimbar e assinar a evolução.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção;
- Sangramento;
- Lesões dermatológicas;
- Dor e desconforto.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Utilizar material de curativo específico para cada ferida;
- Trocar curativos de FO conforme prescrição médica e avaliação da drenagem;
- Solução fisiológica aberta tem a validade de 24 horas, devendo estar identificada com data de abertura, horário e nome do profissional que abriu.
- Realizar curativo em ambiente adequado, removendo fontes externas;
- Evitar de falar sob a ferida descoberta.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos. Enfoque mutiprofissional. 1 Ed. Editora Rideel, 2014.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 94
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Retirada de Pontos		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Remover suturas da pele de uma ferida cicatrizada sem lesionar o tecido recém-formado
- Favorecer a drenagem de exsudato restrito na incisão cirúrgica
- Auxiliar na cicatrização cirúrgica prevenindo infecção

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Pacote de retirada de pontos e/ou de curativo;
- Gaze estéril;
- SF 0,9%;
- Solução antisséptica (se prescrita);
- Luva de procedimento;
- Agulha 40x12 ou transofix;
- Cobertura adesiva se necessário;
- Saco de lixo branco;
- Epis;
- Biombo se necessário

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica o procedimento;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente utilizando biombo se necessário;
- Calçar luvas e Epis se necessário;
- Posicionar o paciente adequadamente expondo apenas a área dos pontos cirúrgicos;
- Abrir o pacote de retirada de pontos, sobre a mesa auxiliar com técnica asséptica;
- Retirar o curativo anterior (se houver), removendo com cuidado;
- Realizar limpeza da ferida cirúrgica com auxílio de uma pinça, utilizando gaze estéril embebida em SF 0,9%;
- Secar a ferida com gaze, com auxílio da pinça;
- Separar uma gaze próxima a incisão cirúrgica para colocar os pontos retirados;
- Fixar e levantar o ponto com a pinça anatômica com dente;
- Cortar um dos ramos do ponto, abaixo do nó cirúrgico, próximo à pele;
- Puxar o ponto, retirando-o;
- Colocar os pontos retirados sobre a gaze;
- Após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, deve-se realizar uma nova limpeza da ferida de forma delicada;
- Secar a incisão cirúrgica;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material nos locais apropriados;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Para a retirada de pontos não há prazos fixos, considerara fatores como: nutrição, obesidade, oxigenação, infecção, diabetes entre outros.

7. REGISTROS

- Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional;
- Se houver alterações na ferida operatória comunicar o médico assistente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Nos casos em que a ferida cirúrgica apresentar-se com sinais de infecção, deiscência e evisceração, o profissional deve comunicar o médico assistente para que esse decida a conduta a ser adotada e registrar no prontuário.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Utilização de técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Se durante o procedimento ocorrer complicação de deiscência da ferida cirúrgica, deve-se parar a remoção dos pontos, proteger a área com curativo compressivo embebido em SF 0,9% e comunicar o médico responsável;
- Em incisão totalmente cicatrizada, não ocluir.

10. REFERÊNCIAS


POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--



COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 95
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Cultura de Lesões			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVO

Fornecer amostra para exame cultural de lesões.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatoriais da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Biombo, se necessário;
- Frasco estéril;
- Gazes;
- Micropore;
- Luva de procedimento;
- Pacote de curativo estéril;
- Pedido médico do exame;
- Saco plástico;
- Seringa, se necessário;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Swab com meio de cultura;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários; Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir o pacote de curativo esterilizado seguindo os princípios de assepsia;
- Abrir a primeira parte do pacote, apanhar a primeira pinça e de forma asséptica dispor as pinças no pacote com os cabos voltados para as bordas do pacote;
- Soltar o curativo e colocá-lo dentro do saco de lixo;
- Apanhar a pinça com a mão dominante e a segunda pinça com a mão não dominante;
- Apanhar uma gaze, usando a pinça auxiliar e passá-la para a segunda pinça, sem tocar uma na outra;
- Colocar a pinça auxiliar sobre o pacote de curativo e deixar para fora a parte que a mão tocou;
- Apanhar com a mão não dominante a solução fisiológica 0,9%, umedecer a gaze que está montada na pinça, fazer isso sobre o saco plástico, a fim de evitar molhar a cama;
- Proceder a antissepsia da lesão com a gaze, sempre do local menos contaminado para o mais contaminado;
- Coletar o material purulento localizado na parte mais profunda da ferida, de preferência, aspirando com seringa, evitando a contaminação com a superfície da pele. Caso não seja possível aspirar, utilizar swab da secreção, evitando a contaminação com a superfície da pele;
- Fechar bem o swab ou seringa, rotulando-o após a coleta;
- Realizar o curativo na lesão, cobrindo-a;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada;
- Desconforto; Sangramento; Erro na identificação da amostra.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA


- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do atendimento e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material (exemplo, ferida superficial ou profunda, localização, entre outras informações);
- Realizar assepsia rigorosa com solução fisiológica antes da coleta, a fim de evitar contaminação com germes da flora da pele do paciente;
- Sempre optar por coletar o cultural com aspirado da secreção, somente em último caso optar por realizar swab da lesão; Utilizar os EPIs durante o procedimento.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Daiane Prestes	Revisado por: EnfºMárcio V. Steinhaus Enfª Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	---	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 96
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Escarro para Exames			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra para exames de escarro.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Frasco estéril para coleta de escarro;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Colocar EPIs;
- Fornecer frasco estéril rotulado ao paciente para que proceda a coleta;
- Orientar o paciente a escovar os dentes e enxaguar a boca com bastante água, a fim de reduzir a contaminação com a flora bucal. Não utilizar pasta de dentes e nem enxaguantes bucais;
- Orientar o paciente a não tocar no interior do frasco e da tampa;

- Orientar o paciente a tossir profundamente e coletar o escarro diretamente dentro do frasco. Reforçar que a amostra deve ser escarro e não saliva;
- Fechar bem o frasco, imediatamente após a coleta;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Paciente inconsciente;
- Paciente não colaborativo.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente, anotando o aspecto do escarro.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Erro na identificação da amostra;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A coleta deverá ser realizada em jejum pela manhã;
- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do prontuário e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Pacientes que não conseguem escarrar, induzir escarro com nebulização com solução fisiológica ou proceder a coleta de escarro após fisioterapia respiratória;
- Se amostra para detecção de BAAR, coletar duas amostras em dias consecutivos;
- Sempre que a amostra for para detecção de BAAR em escarro, o paciente deverá ser colocado em isolamento aéreo pela suspeita de tuberculose pulmonar e o SCIH notificado.


10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

FISCHBACH, F.T. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Daiane Prestes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	--	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP N° 97
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Ponta de Cateter Venoso Central			
	Data emissão Janeiro/2023	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVO

Fornecer amostra para exame cultural de ponta de cateter venoso central.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Clorexidine alcoólica 0,5%;
- Frasco estéril;
- Gazes;
- Luva de procedimento;
- Micropore;
- Pacote de curativo estéril;
- Pedido médico do exame;
- Saco plástico para resíduo;
- Rótulo de identificação.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;

- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir o pacote de curativo esterilizado seguindo os princípios de assepsia;
- Abrir a primeira parte do pacote, apanhar a primeira pinça e de forma asséptica dispor as pinças no pacote com os cabos voltados para as bordas do pacote;
- Soltar o curativo e colocá-lo dentro do saco de lixo;
- Apanhar a pinça com a mão dominante e a segunda pinça com a mão não dominante;
- Apanhar uma gaze, usando a pinça auxiliar e passá-la para a segunda pinça, sem tocar uma na outra;
- Colocar a pinça auxiliar sobre o pacote de curativo e deixar para fora a parte que a mão tocou;
- Apanhar com a mão não dominante a clorexidine alcoólica, umedecer a gaze que está montada na pinça, fazer isso sobre o saco plástico, a fim de evitar molhar a cama;
- Limpar a inserção do cateter venoso central, utilizando a gaze umedecida em sentido único e em todos os lados, trocando sempre que necessário;
- Secar o excesso da clorexidine com uma gaze seca;
- Remover cuidadosamente o cateter, após retirada do ponto de fixação;
- Cortar os cinco centímetros finais do cateter com tesoura estéril e colocar em frasco estéril seco;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Realizar pequeno curativo com gaze e micropore no local da retirada do cateter, para evitar possível drenagem;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar os EPIs utilizados; Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada;
- Rompimento do cateter; Erro na identificação da amostra.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA


- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do prontuário e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Somente encaminhar a ponta do cateter venoso central com orientação médica e em casos de suspeita de infecção de corrente sanguínea;
- Realizar assepsia rigorosa antes da remoção do cateter, a fim de evitar contaminação da ponta do cateter com germes da flora da pele do paciente;
- Remover o cateter com movimentos delicados. Caso haja resistência, comunicar médico assistente; Utilizar os EPIs durante o procedimento.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Daiane Prestes	Revisado por: Enfº Marcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	--	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p><small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small></p> </div>		POP Nº 98
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Coleta de Sangue Arterial para Gasometria		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Realizar coleta de sangue arterial para gasometria.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal, Ambulatório e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: seringa própria para gasometria, agulha (20x0,55);
- Algodão embebido em clorexidine;
- Algodão seco;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir e preparar o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;

- Realizar assepsia da pele;
- Iniciar a coleta do exame apalpando o pulso do paciente para sentir a artéria radial/braquial/femural;
- Puncionar a artéria com a introdução da agulha a 90°;
- Efetuar compressão da artéria após a punção com algodão seco;
- Comunicar intercorrências;
- Desprezar material e organizar o local;
- Higienizar as mãos;
- Identificar a amostra colhida com o nome completo;
- Encaminhar imediatamente o exame ao laboratório;
- Registrar no prontuário o procedimento.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Ausência de pulso radial palpável;
- Celulite ou infecção na área arterial;
- Fistula.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do paciente, evoluir local da punção e intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Dor;
- Desconforto no local;
- Sangramento no local da punção;
- Hematoma local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do paciente;

- Locais para a punção em ordem de preferência: artérias radiais, braquiais e femorais.
- Deve-se evitar a punção nas artérias femorais devido maior incidência de complicações (abscessos, fístulas arteriovenosas, etc);
- Nos casos de hematoma, deve – se observar a evolução e manter curativo compressivo se necessário.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.


BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith.Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Enf^a Mariéli Munaretto Enf^a Marcia Khon Enf^a Rosa Moraes</p>	<p>Revisado por: Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 99
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Secreção Ocular			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra para cultural de secreção ocular.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;
- Swab com meio de cultura.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;

- Limpar o olho em que será coletado o cultural com gaze e solução fisiológica, retirando crostas e pus, se presente;
- Coletar o swab da parte interna da pálpebra inferior;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto;
- Dor;
- Erro na identificação da amostra.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA


- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do atendimento e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Coletar delicadamente o material.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Daiane Prestes	Revisado por: Enf ° Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 100
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Swab de Orofaringe			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra para exame cultural de swab de orofaringe.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Abaixador de língua, se necessário;
- Bandeja;
- Laringoscópio, se necessário;
- Luva de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;
- Swab com meio de cultura.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;

- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Colocar máscara cirúrgica e óculos protetor;
- Calçar luvas de procedimento;
- Se paciente colaborativo, solicitar que abra bem a boca;
- Se paciente não colaborativo, utilizar abaixador de língua ou laringoscópio para facilitar a visualização da orofaringe;
- Rolar o swab sobre as amígdalas e faringe posterior, sem encostar na língua e bochechas do paciente;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar os EPIs utilizados;
- Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Paciente com fratura grave em face com impossibilidade de abrir a mandíbula.
- Coagulopatia;
- Sangramento cavidade oral.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada;
- Erro na identificação da amostra.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA


- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do atendimento e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Os swabs de orofaringe de vigilância epidemiológica para *Acinetobacter baumannii* e *Bactérias resistentes a carbapenêmicos* na UTI Adulto deverão ser coletados na admissão de todos os pacientes e semanalmente (na segunda-feira) em todos os pacientes internados;
- Os swabs de orofaringe de vigilância epidemiológica para *Acinetobacter baumannii* na UTI Neonatal e Pediátrica deverão ser coletados na admissão de pacientes transferidos de outras UTIs;
- Utilizar os EPIs durante o procedimento.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Daiane Prestes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 101
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Swab Retal			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra, através de swab retal, para detecção de cepas KPC (*Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase).

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Bandeja; Biombo, se necessário;
- Luva de procedimento;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;
- Swab com meio de cultura.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;

- Promover a privacidade do paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;
- Calçar luvas de procedimento, máscara e óculos;
- Solicitar ou posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna esquerda estendida e a direita fletida (posição de sims);
- Umidificar o swab com soro fisiológico;
- Entreabrir as nádegas do paciente e localizar o ânus;
- Orientar o paciente para relaxar respirando vagarosamente pela boca;
- Introduzir o swab no esfíncter retal, fazendo movimentos rotatórios suaves por alguns segundos;
- Ao retirar o swab, certificar-se que exista coloração fecal no mesmo;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Pacientes com lesões e/ou lacerações graves no ânus.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto; dor;
- Erro na identificação da amostra;
- Sangramento anal;

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do prontuário e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;

- Introduzir delicadamente o swab;
- Os swabs de vigilância epidemiológica para pesquisa de KPC deverão ser coletados em pacientes provenientes de UTIs de outras Instituições e pacientes com histórico de internação em UTI nos últimos seis meses., paciente imunodeprimidos (oncológicos, IRC...) e institucionalizados.

10. REFERÊNCIAS


Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Nota Técnica Conjunta CEVS e IPB-LACEN/RS N°01/2011 Notificação e Investigação de “Bactéria Multirresistente: Bactéria Portadora de Gene KPC” no Rio Grande do Sul. [Internet] Porto Alegre, 2011. [Acesso em 2013 julho 26]. Disponível em:

http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120521095513nota_tecnica_notificacao_bacteria_portadora_d_e_gene_kpc.pdf

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf^a Daiane Prestes</p>	<p>Revisado por: Enf^o Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	---	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 102
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Secreção Traqueal para Exame			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra para exames de secreção traqueal.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Água destilada 10ml;
- Bandeja; Extensor de látex;
- Frasco de aspiração;
- Frasco estéril para coleta de ponta da sonda de aspiração;
- Luva de procedimento; Luva estéril plástica;
- Máscara cirúrgica; Óculos de proteção;
- Pacote de curativo estéril ou tesoura estéril;
- Pedido médico do exame;
- Ressuscitador manual com oxigênio suplementar;
- Rótulo de identificação;
- Sonda de aspiração;
- Vacuômetro ou aspirador portátil.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Colocar EPIs;
- Colocar o paciente em posição de semi-Fowler ou sentada, quando possível;
- Em pacientes monitorizados, observar parâmetros cardiorrespiratórios antes de iniciar o procedimento;
- Adaptar o vacuômetro ou aspirador e o frasco de aspiração;
- Colocar máscara cirúrgica e óculos protetor;
- Interromper a infusão de medicamentos e dieta por via enteral;
- Abrir o invólucro da sonda de aspiração sem retirar da embalagem e adaptá-la ao aspirador;
- Em caso de pacientes com uso de tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia em ventilação espontânea, hiperoxigenar aumentando o fluxo de oxigênio e orientando o paciente a realizar inspirações profundas antes do procedimento ou ventilar 4 ou 5 vezes com ressuscitador manual conectado ao oxigênio;
- Em caso de pacientes com uso de tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia em ventilação mecânica, programar o respirador e hiperoxigenar os pulmões do paciente com uma fração de oxigênio a 100% por 1min;
- Calçar luvas de procedimento e, ainda, na mão dominante a luva estéril;
- Solicitar a outro profissional para regular a pressão de aspiração (não exceder 150 mmHg) e desconectar o tubo ou cânula do circuito do respirador;
- Introduzir a sonda clampeada (fazendo uma dobra no extensor) no tubo ou na cânula de traqueostomia até encontrar resistência ou ocorrer reflexo da tosse, e então tracionar a sonda de um a dois centímetros antes de aspirar;
- Aspirar retirando a sonda com movimentos circulares;
- Solicitar ao outro profissional para reconectar o tubo ou cânula de traqueostomia do paciente ao respirador;
- Desconectar a sonda de aspiração do extensor;
- Cortar 2 a 3 cm da sonda de aspiração com a tesoura estéril e colocar no frasco estéril. Desprezar a primeira porção da sonda de aspiração pelo risco de contaminação;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Lavar o extensor por meio da aspiração de água destilada;

- Deixar o paciente em posição confortável;
- Reiniciar infusão de dietas e medicamentos por via enteral;
- Retirar os EPIs utilizados;
- Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente, anotando o aspecto da secreção traqueal.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Alterações da PCO₂;
- Ansiedade;
- Aspirar o paciente por período superior que 15 segundos pode causar hipoxia e disritmias levando a parada cardíaca;
- Aumento da pressão intracraniana;
- Bronco aspiração;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada;
- Erro na identificação da amostra;
- Hipertensão arterial;
- Infecções respiratórias;
- Lesão da mucosa da traqueia;
- Náuseas e êmese; Sangramento.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- A pressão de aspiração recomendada é de 110 a 150 mm/Hg no adulto, de 95 a 110 mm/Hg na criança e de 50 a 95 mm/Hg em recém-nascidos;
- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do atendimento e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Fornecer oxigênio a 100% antes e após aspiração dependendo do estado clínico do paciente;
- Interromper infusão de medicamentos ou dieta por via enteral no momento do procedimento devido à possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar;
- Manter a técnica asséptica durante o procedimento;
- O aspirado traqueal poderá ser coletado em qualquer horário do dia;
- Observar o paciente durante o procedimento, oxigenando-o nos intervalos e conectando o respirador ao paciente com o uso de ventilação mecânica.

10. REFERÊNCIAS

Universidade Federal de São Paulo. Manual de procedimentos de enfermagem do Hospital São Paulo. [Internet]. São Paulo; 2009 [Acesso em 2017 maio 09] Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>.


Governo do distrito federal (Brasília–DF), Secretaria de estado de saúde, Subsecretaria de Atenção à saúde, Gerência de enfermagem. Manual de Procedimentos de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2012 [Acesso em 2017 abril 11]. Disponível em: <http://www.corendf.org.br/portal/images/pdf/Manual%20de%20Procedimentos%20em%20Enfermagem.pdf>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfº Paula Queiroz	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 103
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Urina para Exames			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra para exames de urina.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Frasco estéril para coleta de urina;
- Gazes;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;
- Sabonete líquido.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Fornecer frasco estéril rotulado e orientar o paciente para que proceda a coleta:

Adultos do sexo feminino:

- Higienizar as mãos;

- Remover toda a roupa da cintura para baixo e sentar no vaso sanitário;
- Separar as pernas tanto quanto for possível;
- Afastar os grandes lábios com uma das mãos e continuar assim enquanto fizer a higiene e coleta do material;
- Usar uma gaze embebida em sabonete neutro, lavar de frente para trás e certificar-se que está limpando por entre as dobras da pele, o melhor possível;
- Iniciar pela região peri uretral, introito vaginal, seguindo pelos pequenos e grandes lábios e concluindo pela região perineal (não alcançando a região anal);
- Enxaguar com uma gaze umedecida, sempre no sentido de frente para trás;
- Secar com outra gaze;
- Continuar afastando os grandes lábios para urinar;
- Desprezar o primeiro jato de urina no vaso sanitário;
- Colher o jato médio urinário no frasco até um pouco mais da metade do frasco;
- Fechar bem o frasco;
- Envolver em saco plástico;
- Higienizar as mãos;

Adultos do sexo masculino:

- Higienizar as mãos;
- Realizar higiene no pênis com gaze embebida em sabonete neutro;
- Retrair o prepúcio e iniciar a limpeza da glândula e do meato uretral repetindo o procedimento três vezes;
- Retirar o excesso de sabonete com gazes e secar;
- Desprezar o primeiro jato de urina no vaso sanitário;
- Colher o jato médio urinário no frasco até um pouco mais da metade do frasco;
- Fechar bem o frasco;
- Envolver em saco plástico;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Paciente acamado ou não colaborativo.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente, anotando o aspecto da urina.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Contaminação da amostra por técnica asséptica inadequada;
- Erro na identificação da amostra.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A coleta deve ser realizada pela manhã, preferencialmente da primeira micção do dia, ou então, após retenção vesical de duas a três horas;
- Coletar a amostra antes do início da antibioticoterapia, sempre que possível;
- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do prontuário e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Mulheres que estejam menstruadas ou apresentam corrimento, orientar a remover a secreção visível e colocar um tampão de gaze durante a coleta;
- Paciente acamado ou não colaborativo, coletar urina por cateterismo vesical de alívio;
- Para se obter melhores resultados do exame, a coleta de amostras das mulheres deve ser supervisionada e realizada por profissionais treinados. No caso de objeção por parte da paciente, orientar clara e objetivamente todos os passos do procedimento e alertar quanto às consequências de uma má coleta (necessidade de nova amostrar, dificuldade de interpretação, entre outros).


10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

FISCHBACH, F.T. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Daiane Prestes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98 801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP N° 104
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Urina por Sonda Vesical de Demora			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVO

Fornecer amostra para exames de urina de pacientes com sonda vesical de demora.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Agulha 25X7;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Sache com solução alcoólica 70%;
- Frasco estéril para coleta de urina;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 10 ml;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;

- Colocar EPIs;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
- Fechar a bolsa coletora de diurese por 30 minutos antes da coleta da diurese;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer desinfecção na junção do cateter com o tubo de drenagem com algodão embebido em álcool 70% ou Satche com solução alcoólica 70% por 10 segundos;
- Puncionar o local adequado e aspirar com a seringa a quantidade de urina necessária (5ml);
- Desclampear a extensão da sonda vesical;
- Identificar a seringa ou o frasco com os dados do paciente;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente, anotando o aspecto da urina.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico e/ou perfurocortante;
- Contaminação da amostra por técnica asséptica inadequada;
- Erro na identificação da amostra;
- Paciente que não apresenta refluxo de diurese;
- Retenção urinária por esquecimento da abertura do clampe da sonda vesical.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A coleta poderá ser realizada em qualquer horário;
- Certificar-se que o clampe da sonda vesical está aberto;

- Coletar a amostra antes do início da antibioticoterapia, sempre que possível;
- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do prontuário e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material (urina por sonda vesical de demora, por exemplo);
- Não coletar amostra de urina da bolsa coletora;
- Paciente que não apresenta refluxo de diurese, certificar-se que a sonda não está obstruída e comunicar médico assistente.

10. REFERÊNCIAS


Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

FISCHBACH, F.T. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Enf ° Paula Queiroz</p>	<p>Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---



ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 105
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Encaminhamento para Exames de Imagem		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Encaminhar o paciente, junto com o profissional de enfermagem para a realização de exames por imagem.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, Ambulatório, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e secretária da unidade.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Profissional de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Após solicitação médica para o exame;
- Secretária/equipe de enfermagem marca o exame junto ao serviço de radiologia mediante o pedido;
- Secretária comunica ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente o horário previsto para o exame e os preparos necessários;
- Realizar os preparos conforme a necessidade;
- Receber o chamado para o exame;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;

- Encaminhar o paciente para realização do exame;
- Retirar as luvas e descartar em lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Secretária/equipe de enfermagem recebe, confere e guarda o laudo do exame no prontuário;

6. CONTRA INDICAÇÃO

Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do paciente, e evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Risco de PCR durante o transporte para realização do exame.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Conforme estado de saúde do paciente, o mesmo deve ser acompanhado por equipe médica e de enfermagem para realizar o exame.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).


Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Marcia Khon Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM				POP N° 106
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Preparo e Transporte do Corpo Pós Morte			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica;
- Evitar a saída de secreções e odores;
- Encaminhar o corpo até o necrotério.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Badeira;
- Luvas de procedimentos;
- Esparadrapo;
- Lençol de TNT;
- Ficha de identificação de óbito;
- Saco de lixo contaminado;

- Etiqueta;
- Gaze;
- Algodão.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Observar o registro de constatação de óbito no prontuário;
- Preencher a etiqueta de óbito com as seguintes informações: nome completo, unidade de internação, leito, data e hora do óbito;
- Reunir materiais;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o acompanhante em relação ao procedimento, perguntando se o mesmo quer acompanhar o procedimento ou não;
- Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir-se;
- Promover privacidade, utilizando biombo se necessário;
- Calçar luvas;
- Desligar os equipamentos;
- Posicionar o corpo em decúbito dorsal;
- Retirar sondas, cateteres e drenos, comprimindo o local se necessário e desprezando o material em saco de lixo contaminado;
- Fechar as pálpebras, se as mesmas se mantiveram entreabertas;
- Colocar prótese dentária quando necessário;
- Fixar maxilar, até que enrijeça, com esparadrapo;
- Proceder a identificação colocando a etiqueta sobre o tórax do paciente;
- Trazer a maca até o leito e colocar o corpo na mesma;
- Cobrir o corpo com lençol TNT;
- Entregar os pertences do paciente para a família, juntamente com a declaração de óbito e a ficha de liberação do corpo, para que sejam realizados os encaminhamentos necessários;
- Encaminhar o corpo ao necrotério;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;

- Devolver ou requisitar as medicações que foram utilizadas para a farmácia;
- Solicitar o serviço de sanificação;
- Comunicar os serviços de apoio sobre o óbito do paciente;
- Realizar as anotações necessárias, incluindo a data e hora do óbito, o nome do médico que constatou o óbito, manobras de reanimação e medicações utilizadas (se necessário), assinando e carimbando o relato.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Óbitos que serão encaminhados ao Instituto Médico Legal, comunicar a Polícia Civil e Portaria.

7. REGISTROS

Realizar as anotações necessárias, incluindo a data e hora do óbito, o nome do médico que constatou o óbito, manobras de reanimação e medicações utilizadas (se necessário), assinando e carimbando o relato.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Hemorragias/sangramentos;
- Extravasamento de fluídos corpóreos.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


- Pacientes em precaução de contato devem ser mantidos em precaução durante todo o preparo e transporte do corpo até o necrotério;
- Preparar o corpo após a confirmação do óbito pelo médico.

10. REFERÊNCIAS

Governo do Distrito Federal (Brasília – DF), Secretária de Estado de Saúde, Subsecretária de Atenção à Saúde, Gerência de Enfermagem. Manual de Procedimento de Enfermagem (Internet). Brasília; 2012. Acesso em 13/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ^a Mariéli Munaretto Enf ^a Rosa Moraes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 107
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Transporte Interno de Paciente em Isolamento Aéreo			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento aéreo entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Maca ou cadeira de rodas;
- Máscara cirúrgica simples;
- Máscara com filtro PFF2;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento aéreo. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, Setor de Oscopias, entre outros.
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto utilizando máscara PFF2;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e solicitar sua ajuda se necessário;
- Fornecer e orientar o paciente a utilizar máscara cirúrgica durante todo o transporte;
- Caso o paciente esteja entubado e ventilando com auxílio de reanimador pulmonar manual, não é necessário que o paciente utilize máscara durante o transporte;
- Colocar a máscara cirúrgica no paciente antes do mesmo sair do quarto. Certificar-se que a máscara esteja cobrindo nariz e boca;
- Transportar o paciente de cadeiras de rodas ou maca, conforme a necessidade;
- Ao chegar no leito de destino, fechar a porta do quarto, os profissionais e acompanhantes deverão colocar a máscara PFF2 e, após, retirar a máscara cirúrgica do paciente;
- Desprezar a máscara cirúrgica utilizada no paciente em lixo infectante;
- Em locais de realização de exames em que o paciente permanecer em ambientes com demais pessoas, o mesmo deverá utilizar a máscara cirúrgica durante todo o período que permanecer no setor;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;
- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enf ° Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enf ° Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	---	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 108
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Transporte Interno de Paciente em Isolamento de Contato			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento de contato entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Avental de mangas longas;
- Luvas de procedimento;
- Maca ou cadeira de rodas;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento de contato. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, Setor de Oscopias, entre outros.

- O paciente poderá ser transportado de cadeira de rodas ou maca. Se for utilizada cadeira de rodas, optar por cadeiras confeccionadas em material impermeável (couro) e não em tecido. Colocar um lençol sobre a cadeira de rodas;
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto e vestir avental de mangas longas e luvas de procedimentos, nesta sequência;
- Transferir o paciente para a cadeira de rodas ou maca;
- Os profissionais que acompanharem o paciente durante o transporte deverão utilizar avental de mangas longas e luvas de procedimento, com o cuidado de não contaminar as superfícies (por exemplo, botões de elevador, maçanetas, prontuário, entre outros);
- Outro profissional deverá acompanhar o transporte sem utilizar luvas e avental e, ainda, sem ter contato com o paciente, a fim de auxiliar durante o transporte (abrir as portas, levar o prontuário e o que for necessário);
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Após o transporte, os profissionais deverão retirar as luvas de procedimento e avental de mangas longas, nesta sequência;
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo infectante;
- Higienizar as mãos;
- Solicitar a higienizadora para que proceda a desinfecção da cadeira de rodas ou maca utilizada no transporte;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Contaminação microbiana do ambiente;
- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;

- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Caso aconteça contaminação acidental de alguma superfície durante o transporte do paciente em isolamento de contato, o profissional deverá rapidamente solicitar a higienizadora para que proceda a desinfecção deste local;
- Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.


10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

Manual de Orientação para Controle da Disseminação de *Acinetobacter sp* Resistente a Carbapenêmicos no Município de Porto Alegre .

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Daiane Prestes</p>	<p>Revisado por: ENF^o Márcio V. Steinhauas</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	---

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 109
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Transporte Interno de Paciente em isolamento de Gotículas			
	Data emissão Janeiro/2020	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento de gotículas entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Maca ou cadeira de rodas;
- Máscara cirúrgica;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento de gotículas. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, entre outros.
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto utilizando máscara cirúrgica;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e solicitar sua ajuda se necessário;
- Fornecer e orientar o paciente a utilizar máscara cirúrgica durante todo o transporte;
- Caso o paciente esteja entubado e ventilando com auxílio de reanimador pulmonar manual, não é necessário que o paciente utilize máscara durante o transporte;
- Colocar a máscara cirúrgica no paciente antes do mesmo sair do quarto. Certificar-se que a máscara esteja cobrindo nariz e boca;
- Transportar o paciente de cadeiras de rodas ou maca, conforme a necessidade;
- Ao chegar no leito de destino, fechar a porta do quarto, os profissionais e acompanhantes deverão colocar a máscara cirúrgica e, após, retirar a máscara do paciente;
- Desprezar a máscara cirúrgica utilizada no paciente em lixo infectante;
- Em locais de realização de exames em que o paciente permanecer em ambientes com demais pessoas, o mesmo deverá utilizar a máscara cirúrgica durante todo o período que permanecer no setor;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;
- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
--	---	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 110
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Transporte Interno de Paciente em isolamento Protetor			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento protetor entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Maca ou cadeira de rodas;
- Máscara cirúrgica;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento protetor. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, Setor de Oscopias, entre outros.
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto utilizando máscara cirúrgica;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e solicitar sua ajuda se necessário;
- Fornecer e orientar o paciente a utilizar máscara cirúrgica durante todo o transporte;
- Caso o paciente esteja entubado e ventilando com auxílio de reanimador pulmonar manual, não é necessário que o paciente utilize máscara durante o transporte;
- Colocar a máscara cirúrgica no paciente antes do mesmo sair do quarto. Certificar-se que a máscara esteja cobrindo nariz e boca;
- Transportar o paciente de cadeiras de rodas ou maca, conforme a necessidade;
- Ao chegar no leito de destino, fechar a porta do quarto, os profissionais e acompanhantes deverão colocar a máscara cirúrgica e, após, retirar a máscara do paciente;
- Desprezar a máscara cirúrgica utilizada no paciente em lixo infectante;
- Em locais de realização de exames em que o paciente permanecer em ambientes com demais pessoas, o mesmo deverá utilizar a máscara cirúrgica durante todo o período que permanecer no setor;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;
- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus Enf º Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

ENFERMAGEM	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP N° 111
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Transporte Intra Hospitalar		
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Realizar a transferência do paciente de modo a assegurar sua integridade física minimizando riscos de agravos à saúde e mantendo seu estado clínico estável.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Adulto, UTI Neonatal, Ambulatório e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Médico, Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Maca/cadeira de rodas;
- Fonte de oxigênio;
- Látex;
- Umidificador/água destilada;
- Oxímetro.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Colocar paciente posicionado na maca/cadeira de rodas;
- Posicionar paciente confortavelmente;
- Encaminhar paciente para realização do exame ou encaminhar para outra unidade de internação/UTI;

- Manter a homeostase;
- Controlar sinais vitais;
- Monitorização neurológica: estado de vigília, tônus, atividade, reatividade, reflexos, tremores, abalos e convulsão;
- Controlar perfusão venosa: volumes administrados/ velocidade de infusão;
- Verificar fixação de tubos, sondas, cateteres e eletrodos;
- A fixação cuidadosa da cânula antes do início do transporte deve ser a regra para prevenir a extubação acidental. Caso ocorra extubação é imperativo a parada imediata de tal modo que o paciente seja reintubado de forma rápida e adequada;
- Uma vez terminado o transporte, devera ser feito a reposição do material gasto e preparo do equipamento;
- Realizar desinfecção de macas/cadeiras de rodas
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Paciente clinicamente instável.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente, evoluir intercorrências evidenciadas durante o transporte.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Falta de oxigênio e ar comprimido durante o transporte;
- RN apresentar PCR;
- Materiais apresentar defeitos durante o transporte.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Os profissionais de saúde envolvidos no transporte devem dispor de conhecimento e habilidade para procedimentos de urgência e emergência envolvendo o transporte intra-hospitalar;
- Verificar se cilindros de oxigênio está carregado.

- Comunicar o setor de internação e setores de apoio sobre a transferência ou troca de leito do paciente.

Transporte Intra Hospitalar

- Pode ser temporário ou definitivo ocorre com grande frequência dentro da instituição. Realizado apenas entre setores, para intervenções diagnósticas ou para transferência do setor de origem para o de maior ou menor complexidade da própria instituição;
- Transferência para fora da área de cuidados intensivos (UTI neonatal/UTI adulto): envolve a transferência de RN/paciente adulto com alta médica, apto a ingressar em unidades de menor complexidade;
- Transferência de paciente adulto para uma área de cuidados intensivos: envolve o transporte de paciente de unidade clínica/cirúrgico/ambulatório para unidade de cuidados intensivos;
- Transferência de paciente adulto da unidade de internação/UTI: envolve o transporte do paciente para as aéreas onde são realizados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não cirúrgicos e o retorno ao setor de origem;
- No transporte intra-hospitalar a equipe envolvida no transporte varia de acordo com quadro clínico do paciente. O médico assistente e o enfermeiro estão presentes no acompanhamento do paciente com instabilidade clínica e/ou hemodinâmica, já o técnico de enfermagem realiza a transferência do paciente estável;

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Transporte Neonatal Inter e Intra – Hospitalar. Disponível em:
www.maternidade.ufrj.br/portal/.../transporte_neonatal_intra_e_inter_hospitalar . Acesso
03 de Mar, 2017.

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto Enfª Marcia Khon Enfª Rosa Moraes	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

MEDIDAS PREVENTIVAS

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 112
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Calçar e Retirar Luvas Estéreis			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Utilizar a técnica correta de calçar e retirar luvas estereis para procedimentos estéreis.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luva estéril;
- Material para lavagem das mãos;
- Saco de lixo contaminado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA PARA CALÇAR LUVAS:

- Higienizar as mãos;
- Abrir a embalagem pelo lado indicado e retirar o pacote estéril que contem as luvas utilizando os princípios de assepsia, colocando sobre uma superfície plana, limpa e seca;
- Segurar com o polegar e o indicador da mão dominante, a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura desta;
- Unir os dedos da mão, com a palma da mão voltada para cima;
- Introduzir a mão na abertura apresentada, tracionando a luva com a mão dominante até calçá-la;
- Colocar os dedos (indicador, médio, anular e mínimo) da mão enluvada, na dobra do punho da outra luva, expondo a abertura da mesma;
- Unir os dedos da mão, com a palma da mão voltada para cima;
- Introduzir a mão na abertura apresentada, tracionando a luva com a mão até calçá-la totalmente, inclusive o punho;
- Unir os dedos (indicador, médio, anular e mínimo) da mão direita, introduzindo-os na dobra do punho da luva esquerda, desfazendo a dobra totalmente;
- Ajustar as luvas;

TÉCNICA PARA RETIRADA DAS LUVAS:

- Antes da retirada das luvas eleja a mão mais contaminada para ser retirada primeira, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento;
- Com os dedos da mão menos contaminada, retirar completamente a luva da mão mais contaminada, cuidando para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos.
- Com a mão sem luva retirar a outra luva, introduzindo os dedos pelo lado de dentro da luva e retirá-la com um só movimento;
- Desprezar as luvas no lixo contaminado;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Utilizar luvas estereis somente em procedimentos assépticos.

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não se aplica.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Enfª Mariéli Munaretto	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 113
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Prevenção e Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Álcool 70%; Algodão;
- Luvas de procedimento;
- Material para curativo de cateter venoso central;
- Material para higienização das mãos.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Realizar a inserção de cateter central nas seguintes indicações: pacientes sem reais condições de acesso venoso periférico, necessidade de monitorização hemodinâmica, administração de drogas que necessitem infusão contínua, administração de nutrição parenteral, administração de soluções hipertônicas ou irritativas para veias periféricas;

- Não realizar punção em veia femoral de rotina. Optar pela subclávia como veia de escolha; Higienizar as mãos, conforme os “5 momentos para higienização das mãos”;
- Utilizar barreira máxima no momento da inserção, incluindo uso de gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e campo estéril ampliado;
- Quando necessário, remover os pelos no local da inserção, com tesoura;
- Realizar antissepsia com solução de clorexidine alcoólica 0,5% antes da inserção. Se houver sujidade, realizar limpeza prévia da pele;
- Realizar curativo tradicional com gaze e micropore nas primeiras 24 horas. Após, utilizar filme transparente;
- Ao realizar o curativo do cateter, realizar assepsia com clorexidine alcoólico 0,5%;
- Inspeccionar diariamente o sítio de inserção do cateter, a fim de verificar sinais flogísticos ou outras complicações;
- Trocar o curativo filme a cada 7 dias ou antes, se sujo, solto ou úmido;
- Optar pelo curativo tradicional com gaze e micropore em pacientes com sangramento local, discrasia sanguínea ou sudorese excessiva;
- Realizar desinfecção das conexões com álcool 70% antes da manipulação;
- Manter cateter venoso central de curta permanência em infusão contínua;
- Não realizar troca pré-programada do cateter, ou seja, não substituí-lo exclusivamente em virtude do seu tempo de permanência;
- Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do cateter;
- Realizar a troca do equipo de nutrição parenteral a cada 24 horas;
- Trocar o sistema de infusão na suspeita ou confirmação de infecção de corrente sanguínea;
- Não utilizar frasco de fluido parenteral se a solução estiver visivelmente turva, apresentar precipitação ou corpo estranho;
- Optar, sempre que possível, por frascos de dose individual para soluções e medicações;
- Não misturar as sobras de frascos de uso individual para uso posterior;
- Se o frasco multidose for utilizado, refrigerá-lo após aberto conforme recomendação do fabricante; limpar o diafragma do frasco multidose com álcool 70% antes de perfurá-lo;
- Utilizar via de infusão exclusiva para nutrição parenteral.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não utilizar clorexidine alcoólico em pacientes alérgicos.

7. REGISTROS

Checar o procedimento nas prescrições, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Infecção de corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Executar todas as medidas conforme orientação deste Protocolo.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Daiane Prestes	Revisado por: Enf ^o Márcio V. Steinhaus Enf ^a Paula Queiroz	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 114
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Prevenção de Infecção Respiratória Associada a Ventilação mecânica			
	Data emissão Janeiro/2017	Data vigência 2017/2018	Próxima revisão 2019	

1. OBJETIVOS

Prevenir a ocorrência de infecção respiratória em pacientes submetidos a ventilação mecânica.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico e fisioterapeuta.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Cuffômetro;
- Estetoscópio;
- Material para aspiração de secreções;
- Material para higiene oral;
- Material para higienização das mãos.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme os “5 momentos para higienização das mãos”;
- Manter os pacientes com a cabeceira elevada (entre 30 e 45°), salvo contraindicação médica;
- Avaliar diariamente a sedação e, conjuntamente com equipe médica, verificar possibilidade de interrupção ou diminuição da sedação;
- Realizar higiene oral com clorexidine 0,12% a cada turno;

- Evitar extubação acidental e reintubação;
- Monitorizar pressão do cuff a cada turno;
- Sempre que possível, utilizar ventilação mecânica não-invasiva;
- Aspirar secreções traqueal e de vias aéreas somente quando necessário e após avaliação criteriosa, utilizando técnica asséptica, entre dois profissionais;
- Proceder ausculta pulmonar, no mínimo, uma vez ao turno para verificar expansibilidade pulmonar e ocorrência de entubação seletiva;
- Utilizar técnica estéril na entubação traqueal;
- Preferir a entubação traqueal em detrimento da nasofaríngea;
- Proceder a troca dos circuitos e traqueias dos respiradores somente entre pacientes, quando houver sujidade ou mau funcionamento do equipamento ou a cada 30 dias no mesmo paciente;
- Encaminhar todos artigos utilizados em assistência ventilatória a CME (Central de Material e Esterilização) para desinfecção de alto nível ou esterilização;
- Drenar periodicamente o condensado que se forma nos circuitos dos respiradores (Neonatal);
- Utilizar água estéril quando utilizado sistema de umidificação ativa nos respiradores (Neonatal);
- Não utilizar antibioticoprofilaxia em pacientes mantidos em ventilação mecânica;
- Avaliar, no mínimo, uma vez ao turno uso do filtro trocador de calor e umidade;
- Manter o filtro acima da cabeça do paciente;
- Ao utilizar o respirador Servo e Luft instalar um filtro antes do cassete expiratório para proteção do mesmo. Trocar este filtro somente entre pacientes;
- Realizar fisioterapia respiratória diariamente, conforme avaliação do fisioterapeuta e médico plantonista.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Não elevar a cabeceira em pacientes com contraindicação médica;
- Não utilizar filtro trocador de calor e umidade em pacientes com grande quantidade de secreção respiratória, hemoptise, fístula broncopleurais, hipotérmicos, com DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) ou SARA (síndrome da angústia respiratória aguda).

7. REGISTROS

Checar os procedimentos nas prescrições, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Infecção respiratória associada à ventilação mecânica.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA


Executar todas as medidas conforme orientação deste Protocolo.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Daiane Prestes	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 115
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Prevenção de Infecção Urinária Associada a Sondagem Vesical de Demora			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2021	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Prevenir a ocorrência de infecção urinária em pacientes com sondagem vesical de demora.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Material para higiene íntima;
- Material para higienização das mãos.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Evitar a sondagem vesical, sempre que possível. Avaliar possibilidade de métodos alternativos, como: estimular micção espontânea através da emissão de som de água corrente, realizar pressão suprapúbica delicada, fornecer comadres e papagaios, utilizar fraldas, utilizar sistema coletor de urina não invasivo em homens;
- Inserir cateter vesical somente para indicações apropriadas e mantê-los somente o tempo necessário;
- Optar, se possível, pela sondagem intermitente em detrimento a de demora;

- Utilizar técnica estéril na inserção da sonda vesical;
- Higienizar as mãos antes e depois de manipular a sonda vesical de demora ou o sistema coletor;
- Retirar a sonda vesical de demora assim que possível, respeitando as condições clínicas de cada paciente;
- Escolher a sonda de menor calibre possível para cada paciente;
- Não forçar a introdução da sonda;
- Lubrificar a sonda antes da inserção;
- Em adultos, inflar o balonete em 10 ml de água destilada;
- Manter sempre o cateter fixo. Alternar o local de fixação a cada turno para evitar lesões em decorrência da fita adesiva;
- Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;
- Não desconectar o cateter ou bolsa coletora, exceto se a irrigação for necessária;
- Trocar todo o sistema em caso de desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento;
- Manter o fluxo de urina desobstruído;
- Esvaziar rotineiramente a bolsa coletora de diurese (a cada 6 horas);
- Realizar higiene do meato urinário com clorexidine solução aquosa 2% uma vez ao turno;
- Não fechar previamente o cateter antes de sua remoção;
- Não trocar a sonda vesical periodicamente ou rotineiramente, somente em casos de obstrução ou mau funcionamento.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não utilizar clorexidine aquoso em pacientes alérgicos.

7. REGISTROS

Checar os procedimentos nas prescrições, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção urinária associada à sondagem vesical de demora.
- Lesão de pele associada a fixação.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Executar todas as medidas conforme orientação deste Protocolo.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Daiane Prestes	Revisado por: Enfº Márcio V. Steinhaus	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

ENFERMAGEM	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP N° 115
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Atendimento ao Paciente com Suspeita ou confirmado com			
	Data emissão Janeiro/2021	Data vigência 2021/2021	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

2. ABRANGÊNCIA

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

-

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

-

6. CONTRA-INDICAÇÕES

7. REGISTROS

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

-

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

10. REFERÊNCIAS