



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Procedimento Operacional Padrão de Procedimentos da Santa Casa de Misericórdia de Taguai

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 1 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 001

Rotina	Setor
Inserção de sonda nasoenteral	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro
Finalidade Nutrir e medicar pacientes com dificuldades de ingestão alimentar por via oral ativamente	

Material Necessário

01	Par de luvas de procedimento	07	Seringa de 20 ml		
02	Sonda nasoenteral	08	Xilocaína gel		
03	Copo com água	09	Pacote Gaze		
04	Guia		Esparadrapo		
05	Compressa				
06	Estetoscópio				

Ações

01	Lavar as mãos com água e sabão;	10	Elevar a ponta do nariz usando o dedo indicador da mão esquerda e com a mão direita introduzir a sonda através de uma das narinas até o ponto marcado. Concomitantemente, pedir ao paciente que vá deglutindo a sonda;
02	Reunir o material na bandeja, colocando-a sobre a mesa de cabeceira do paciente;	11	Colocar a extremidade da sonda dentro do copo com água e observar presença de ar;
03	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;	12	Adaptar a sonda à seringa com 15 ml de ar;
04	Proteger a unidade com Biombo;	19	Injetar o ar na sonda e simultaneamente auscultar com estetoscópio a presença de ruídos no estômago;
05	Colocar o paciente em decúbito dorsal, a cabeça sobre o travesseiro e a compressa protegendo o tórax;	20	Aspirar com o auxílio da seringa, observando a presença de suco gástrico;
06	Calçar luva de procedimento;	21	Desconectar a seringa da sonda;
07	1. Medir a extensão em que a sonda será introduzida, da seguinte forma; - Do lóbulo da orelha à ponta do nariz e deste até o apêndice xifóide, mantendo o paciente com a cabeça na linha mediana do corpo. - SE PASSAGEM DE SNE (localizada no duodeno): Recomenda-se marcar um palmo a mais após o apêndice xifóide.	22	Retirar o fio guia;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 2 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	- Se SNE, é utilizada inserir o fio-guia e prepará-la a sonda conforme instruções na embalagem (recomenda-se lavar com 10 a 20cc de solução salina)		
08	Proceder a marcação do local com esparadrapo;	23	Retirar as luvas;
09	Umedecer uma gaze com Xilocaína gel e passá-la na sonda, desprezando a gaze;	24	Fixar a sonda;
25	Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem;	27	Fazer anotações de enfermagem;
26	Lavar as mãos;	28	Solicitar RaioX para confirmação de posicionamento;
		29	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Fazer rodízio de narina.**Ações em caso de não conformidade:** Repassar a sonda.**Resultados esperados:** Que a sonda esteja posicionada corretamente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 3 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 002

Rotina	Setor
Retirar sonda nasoesférica	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade Promover conforto ao paciente que já consegue manter injesta oral adequada	

Material Necessário

01	Bandeja				
02	Par de luvas de procedimento				
03	Pacote de Gaze				
04	Compressa				

Ações

01	Lavar as mãos;	07	Solicitar ao paciente que respire profundamente enquanto a sonda estiver sendo retirada. Usar movimentos leves protegendo a sonda com gaze e desprezando-as na bandeja;
02	Reunir o material na bandeja, colocando-a na mesa de cabeceira do paciente;	08	Providenciar a higiene do paciente;
03	Explicar o procedimento e a finalidade para o paciente;	09	Recompor a unidade;
04	Colocar o paciente em decúbito dorsal;	10	Lavar as mãos;
05	Proteger o tórax do paciente com uma compressa;	11	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
06	Desprezar o esparadrapo do nariz e teste do paciente;		

Cuidados especiais e observações gerais: Retirar sonda sem lesar a narina**Ações em caso de não conformidade:****Resultados esperados:** que a sonda seja retirada sem provocar traumas no paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 4 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 003

Rotina	Setor
Punção venosa com instalação de soro.	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Finalidade Estabelecer uma via para administração de medicamentos	

Material Necessário

01	Bandeja	07	Equipo de soro		
02	Par de luvas de procedimento	08	Rótulo para identificação		
03	Garrote	09	Esparadrapo para fixação		
04	Scalp ou Jelco	10	Esparadrapo ou micropore para identificação (executor, data, hora)		
05	Suporte de soro ou Bomba de infusão (s/n)	11	Algodão embebido em álcool a 70%		
06	Tree way ou multivias				

Ações

01	Lavar as mãos;	06	Explicar o procedimento e a finalidade do tratamento ao paciente, verificar se o mesmo não necessita utilizar o sanitário;
02	Reunir o material;	07	Colocar o paciente em posição confortável, apoiando o local a ser puncionado;
03	Conferir rigorosamente a solução a ser ministrada com ficha e/ou prescrição;	08	Palpar e selecionar a veia a ser puncionada (evitar puncionar veias nas articulações e verificar a compatibilidade da veia selecionada com o volume e viscosidade da solução e o calibre da agulha);
04	Preparar o soro: a) Observar se a solução contida no frasco apresenta suas características normais (sobretudo no aspecto de limpeza); b) Limpar o bico do frasco de soro com algodão embebido em álcool 70% e introduzir as medicações, se prescritas; c) Conectar o equipo ao frasco de soro, testar seu funcionamento, retirar o ar contido no mesmo, fazer o nível de solução no conta-gotas, testar a pinça, clampá-la e proteger a extremidade do equipo; d) Identificar o frasco anotando no rótulo	09	Aproximar o suporte de soro do leito do paciente e pendurar o frasco acima do nível do local a ser puncionado;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 5 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	o volume a ser infundido, o tipo de solução e os aditivos que estão se sendo utilizados, o número de gotas que deve correr por minuto, o horário em que a administração foi iniciada, a data e a assinatura;		
05	Identificar o paciente;	10	Garrotear cerca de 4cm acima do local pretendido para penetração da agulha, mantendo à distância as extremidades do garrote;
11	Fazer anti-sepsia da área com algodão embebido em álcool, com movimentos firmes, únicos e circulares;	19	Abrir a pinça;
12	Desprezar o algodão na bandeja;	20	Fixar o dispositivo com esparadrapo ou micropore, se alérgico, e identificar com nome, data, horário e número do scalp ou Jelco;
13	Tracionar a pele do paciente abaixo do local pretendido, facilitando a inserção da agulha;	21	Regular o gotejamento do soro conforme prescrição médica;
14	Solicitar ao paciente para não movimentar o local e restringir s/n;	22	Solicitar o paciente para não fazer movimentos bruscos com o membro onde o soro está instalado;
15	Introduzir totalmente o dispositivo venoso paralelamente à pele;	23	Recompor a unidade;
16	Deixar que o sangue retorne, por todo o dispositivo venoso;	24	Desprezar os materiais em locais apropriados;
17	Soltar o garrote;	25	Retirar luvas de procedimentos;
18	Conectar o equipo de soro, com tree way ou multivias no dispositivo venoso s/n;	26	Lavar as mãos;
		27	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: - Evitar instalações em membros inferiores; trocar o dispositivo venoso a cada 72 h.; Realizar troca da fixação do dispositivo venoso diariamente e sempre que houver presença de material orgânico ou sujidade; Checar permeabilidade do cateter durante a infusão; Controlar volume/horário; Mensurar dados vitais; Observar infiltração tecidual.

Ações em caso de não conformidade: Solicitar a avaliação médica em caso de acesso periférico difícil para possível punção venosa central; trocar acesso venoso em caso de infiltração e flebite química.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma asséptica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 6 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

N° 004

Rotina	Setor
Medicação via subcutânea	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade Administrar medicação em região subcutânea com objetivo de promover absorção contínua e lenta de determinada medicação provocando o mínimo de traumatismo.	

Material Necessário

01	Bandeja	07	Bolas de algodão embebidos em álcool 70%		
02	Seringa de 1ml				
03	Agulha 25x8 ou 25x7				
04	Agulha 13x4,5				
05	Medicamento prescrito				
06	Par de luvas de procedimento				

Ações

01	Lavar as mãos;	10	Conectar a agulha 13x 4,5;
02	Reunir o material;	11	Identificar o paciente;
03	Verificar pela ficha ou pela prescrição médica a data, o horário, o nome e a dosagem da medicação;	12	Colocar a bandeja na mesa de cabeceira explicando o procedimento e a finalidade ao paciente;
04	Abrir a embalagem contendo a seringa, obedecendo aos princípios de assepsia;	13	Calçar luvas de procedimento;
05	Conectar a agulha 25x8 ou 25x7 para aspirar com o bisel voltado para a escala graduada da seringa;	14	Escolher a região adequada, parte externa superior do braço, na região deltóide, face externa da coxa ou qualquer área pouco sensível do corpo, evitando-se, porém, as zonas de preeminências ósseas, inflamadas, muito vascularizadas ou muito inervadas;
06	Testar a seringa e a agulha e protegê-los na embalagem;	15	Fazer anti-sepsia do local, usando algodão embebido em álcool, e desprezá-lo na bandeja;
07	Separar o frasco ou ampola de medicação e fazer a desinfecção do mesmo com algodão embebido em álcool 70%;	16	Retirar o ar da seringa, colocando-a verticalmente e com a agulha voltada para cima, tendo o cuidado de não umedecer a face externa da agulha;
08	Aspirar a quantidade exata do	17	Segurar a seringa num ângulo de 90° com

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 7 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	medicamento prescrito;		uma das mãos, fixar o local, estirando ligeiramente a pele com o polegar e o indicador da outra mão;
09	Desconectar a agulha 25x8 ou 25x7;	18	Introduzir a agulha, atingindo o tecido subcutâneo com movimento rápido e único;
19	Com a mão não dominante, aspirar, tracionando o êmbolo para verificar se não atingiu vaso sanguíneo, caso isso ocorra, mudar o local de aplicação;	24	Desprezar a bola de algodão e a seringa na bandeja;
20	Injetar o medicamento vagorosamente e observar as condições do paciente;	25	Acomodar o paciente e observá-lo por alguns minutos para ver se apresenta alguma alteração;
21	Pegar o algodão embebido em álcool, colocando-o na pele acima da agulha;	26	Recompor a unidade;
		27	Retirar as luvas de procedimento;
22	Retirar a agulha, segurando-a pelo canhão, com movimento rápido e único;	28	Lavar as mãos;
23	Fazer ligeira compressão no local com algodão;	29	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Para certos tipos de drogas como a insulina e a heparina, não é conveniente a massagem após a aplicação, para evitar absorção rápida. Não aplicar nos antebraços e pernas, nas proximidades do umbigo e da coluna vertebral, próximo às articulações e na região genital e virilha.

Ações em caso de não conformidade: Repetir técnica em outro local.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada adequadamente sem causar traumas ao paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 8 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 005

Rotina	Setor
Colocação da bolsa de colostomia	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Proporcionar higiene e conforto ao cliente e manter a integridade cutânea	

Material Necessário

01	Par de luvas procedimento	06	Tesoura		
02	Recipiente graduado	07	Caneta ou lápis		
03	oleado de cama	08	Pasta ou líquido protetor de pele periestomial		
04	Toalha				
05	Bolsa de colostomia				

Ações

01	Lavar as mãos;	16	Remover a proteção do adesivo da bolsa coletora e centralizá-la sobre o estoma;
02	Explicar todo o procedimento ao paciente, proporcionando privacidade;	17	Adaptar a barreira protetora;
03	Calçar luvas;	18	Remover as luvas;
04	Colocar a toalha e ou oleado de cama ao redor da bolsa de colostomia próxima ao estoma;	19	Desprezar o material;
05	Remover a bolsa utilizada e desprezar o conteúdo;	20	Lava as mãos;
06	Desprezar luvas;	21	Anotar no prontuário a cor, consistência, quantidade, condições do estoma e a avaliação abdominal;
07	Avaliar o estoma e pele periestomia;	22	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
08	Calçar novas luvas;		
09	Medir o estoma com um guia de medida;		
10	Deixar intacto o adesivo da barreira protetora de pele;		
11	Desenhar um círculo no papel protetor do adesivo do mesmo tamanho do estoma e fazer o círculo;		
12	Cortar um círculo na barreira protetora de pele (placa) aproximadamente 0,5cm maior do que a abertura do estoma;		
13	Fechar o saco coletor firmemente;		
14	Remover o adesivo da pele e colocar ao		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 9 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	redor da colostomia, segurá-la uns 30 segundos;		
15	Aplicar pasta ou líquido de proteção de estoma em qualquer área de pele exposta entre a barreira de proteção e o estoma quando solicitado;		

Cuidados especiais e observações gerais: Uso de EPI; tamanho adequado da bolsa.

Ações em caso de não conformidade: Solicitar avaliação médica.

Resultados esperados: Prover uma bolsa de colostomia limpa para eliminação fecal; promover autoimagem positiva; não ocorrer vazamento de material fecal para fora da bolsa coletora; realizar troca da bolsa com segurança.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 10 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 006

Rotina	Setor
Medicação Via oral	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade Administra medicamentos cuja absorção ocorre na mucosa gástrica	

Material Necessário

01	Conta-gotas	07	Pacote de Gaze		
02	Copo graduado ou colher				
03	Espátula				
05	Recipiente para medicamento sólido Gaze				
06	Triturador de medicamento				
	Etiqueta (fita adesiva)				

Ações

01	Verificar a prescrição médica, observando se o paciente está de jejum, se tem restrição hídrica e outros cuidados específicos;	09	Oferecer água;
02	Identificar o paciente;	10	Certificar que o paciente tenha deglutido o medicamento;
03	Verificar as condições do paciente, tais como nível de consciência, deglutição, presença de sondas e outros;	11	Lavar as mãos;
04	Lavar as mãos;	12	Desprezar os materiais;
05	Preparar o material mantendo a prescrição próxima à bandeja;	13	Checar o horário da administração do medicamento;
06	Colocar os medicamentos nos recipientes adequados, com a respectiva identificação, que deve conter: nome do paciente, leito, via e nome do medicamento;	14	Anotar qualquer intercorrência antes, durante e após a administração do medicamento;
07	Informar ao paciente o nome a ação do medicamento;	15	Lavar e guardar o material utilizado.
08	Oferecer o medicamento;	16	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 11 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais:

- Ao manusear vidros com medicamentos líquidos, colocar o rótulo voltado para a palma da mão para evitar sujá-lo;
- Homogeneizar os medicamentos em suspensão antes de colocar no recipiente;
- Ao colocar o medicamento no recipiente, mantê-lo ao nível dos olhos, certificando-se da graduação correta;
- Fazer limpeza do frasco de medicação e guardá-lo no local apropriado;
- Dissolver os medicamentos para os pacientes que apresentam disfagia;
- Após a ingestão sempre oferecer água;
- Colocar o medicamento sólido no recipiente próprio com auxílio da tampa do frasco de medicação, evitando tocar no medicamento.

Ações em caso de não conformidade: Solicitar o médico na presença de efeitos indesejáveis.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma adequada, atingindo seus efeitos terapêuticos.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 12 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 007

Rotina	Setor
Medicação Sublingual	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade Administrar medicamento com absorção rápida pelas glândulas salivares	

Material Necessário

01	Recipiente com medicamento				
02	Copo com água				
03	Bandeja				

Ações

01	Lavar as mãos;	05	Orientá-lo para não deglutir a saliva até dissolver o medicamento;
02	Reunir os materiais;	06	Recompor a unidade;
03	Antes de administrar o medicamento, oferecer água ao paciente para enxaguar a boca e remover resíduos alimentares, a fim de facilitar a absorção;	07	Lavar as mãos;
04	Colocar o medicamento sob a língua do paciente;	08	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Não administrar por via oral porque o suco gástrico inativa a ação do medicamento e a via sublingual possui ação mais rápida do que a via oral.

Ações em caso de não conformidade: Solicitar o médico em caso de efeitos indesejáveis.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma correta.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 13 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 008

Rotina	Setor
Medicação Intramuscular	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidades Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida, utilizar para administração de substâncias irritantes, inferiores a 5 ml, absorção via preferencial para administração de drogas potentes e tóxicas	

Material Necessário

01	Bandeja	05	Medicação a ser administrada,		
02	Par de luvas descartáveis;	06	Agulha 25x 8, 25 x7 ou 40 x12 (em pacientes obesas).		
03	Seringa de 3 ml ou 5 ml;				
04	Algodão embebido em álcool;				

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Soltar o músculo, fixar o canhão da agulha com os dedos que pinçaram o músculo e aspirar, verificando se não atingiu algum vaso sanguíneo;
02	Reunir o material;	09	Injetar a medicação lentamente;
03	Conferir a medicação, dose, hora, via e paciente;	10	Retirar a agulha rapidamente, comprimindo o local com algodão e massagear por alguns instantes;
04	Explicar o procedimento ao paciente, escolher e expor a área de aplicação;	11	Recompor a unidade;
05	Calçar as luvas de procedimento;	12	Lavar as mãos;
06	Fazer a anti-sepsia com álcool;	13	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
07	Distender a pele com o polegar e o indicador e pinçar o músculo, introduzir a agulha em movimento único;		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 14 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: Antes da aplicação do medicamento, avaliar e selecionar o local, evitando áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, piasias, plegias e outros que possam dificultar a absorção do medicamento. O paciente deve estar em posição confortável e com o músculo relaxado, evitando extravasamento do líquido e minimizando a dor.

Ações em caso de não conformidade: Solicitar o médico em caso de efeitos indesejáveis.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 15 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 009

Rotina	Setor
Medicação Endovenosa	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidades Administrar solução de medicamentos diretos na corrente sanguínea	

Material Necessário

01	Bandeja;	07	Agulha 40x12 (para aspiração);		
02	Par de luvas de procedimentos;	08	Algodão embebido em álcool a 70%;		
03	Seringa esterilizada;	09	Medicação a ser administrada		
04	Jelco ou Scapl (numeração conforme o paciente);				
05	Garrote;				
06	Agulha 25x7				

Ações

01	Lavar as mãos.	10	Colocar a bandeja sobre a mesa de cabeceira do paciente;
02	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;	11	Colocar o paciente deitado em decúbito dorsal ou sentado, apoiando o local a ser punccionado;
03	Verificar pela ficha ou prescrição médica a data, o horário, o nome e a dosagem da medicação;	12	Posicionar o local da punção;
04	Abrir o campo contendo a seringa obedecendo aos princípios de assepsia;	13	Garrotear 4 cm acima da veia que será punccionada;
05	Montar a seringa e testá-la;	14	Fazer a anti-sepsia ampla, obedecendo ao acesso venoso;
06	Conectar a agulha na seringa com o bisel voltado para a escala graduada;	15	Posicionar o bisel da agulha voltado para cima;
07	Testar seringa e agulha e protegê-los no campo esterilizado;	16	Fixar a veia e esticar a pele com auxílio do dedo polegar;
08	Preparar a medicação;	17	Punccionar a veia;
19	Aplicar a droga, lentamente, observando a reação do paciente. Não deve haver presença de ar na seringa, prevenindo embolia gasosa;	23	Recompor a unidade;
20	Retirar a agulha comprimindo com firmeza o local, sem fletir o braço e sem	24	Lavar as mãos;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 16 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	friccionar a pele, para prevenir a formação de hematomas;		
21	Solicitar ao paciente para elevar e não flexionar o membro;	25	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
22	Desprezar o algodão na bandeja;		

Cuidados especiais e observações gerais: Desprezar os materiais perfurocortantes no recipiente apropriado, não reencapar a agulha após a aplicação de medicamentos usar sempre EPI, avaliar se há infiltração tecidual, avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas

Ações em caso de não conformidade: Tentar puncionar em outro local e se ainda não resolver, solicitar o médico para que puncione um acesso venoso central e em caso de efeitos indesejáveis.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma asséptica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 17 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 010

Rotina	Setor
Teste de Glicemia	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Avaliar a dosagem de açúcar no sangue	

Material Necessário

01	Par de luva de procedimento				
02	Agulha 13 x 4,5 ou lanceta;				
03	Aparelho de medição de glicose sanguínea;				
04	Fita teste;				
05	Bolas de algodão umedecidas em álcool;				

Ações

01	Lavar as mãos e organizar o material;	08	Segurar a fita sobre a área da punção e apertar suavemente até que a gota de sangue seja grande o suficiente para cair sobre a fita e cobrir o quadrado indicador;
02	Explicar o procedimento ao paciente e perguntar sobre a preferência por algum dedo;	09	Aplicar pressão na área da punção até que o sangramento pare (ou pedir ao paciente para fazê-lo);
03	Ligar o aparelho;	10	Aguardar o resultado no visor;
04	Calçar as luvas;	11	Recolher o material;
05	Segurar o dedo indicado para baixo e apertar suavemente os dígitos baixos até a ponta do dedo;	12	Retirar as luvas;
06	Limpar a provável área da punção com algodão umedecido com álcool;	13	Lavar as mãos;
07	Perfurar o dedo;	14	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Uso obrigatório de EPI (luvas) e não contaminar amostra.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 18 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Resultados esperados: A técnica seja realizada de forma asséptica e não contamine a amostra.

Esquema padrão de insulinoterapia da Santa Casa de Misericórdia de Taguaí:

70mg/dl _____	chamar o plantão
70 a 150mg/dl _____	nada
151 a 200mg/dl _____	03 UI de insulina regular
201 a 250mg/dl _____	05 UI de insulina regular
251 a 300mg/dl _____	07 UI de insulina regular
301 a 350mg/dl _____	10 UI de insulina regular
351 a 400 _____	12 UI de insulina regular
Acima de 400 _____	Chamar o plantão

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 19 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 011

Rotina	Setor
Coleta de escarro	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem
Finalidade Retirar fluido para análise bacterioscópica e diagnosticar patologias	

Material Necessário

01	Bandeja	07	Luvas de procedimentos.		
02	Recipiente padronizado, esterilizado e identificado				
03	Papel toalha				
04	Saco plástico				
05	Roupa, máscara e óculos de proteção.				
06	Material de aspiração				

Ações

01	Reunir o material;	07	Solicitar ao paciente para depositar diretamente no recipiente identificado a secreção expectorada;	
02	Lavar as mãos;	08	Fornecer o papel toalha para o paciente limpar a boca;	
03	Levar o material a unidade do paciente, colocar sobre a mesa de cabeceira;	09	Fechar o recipiente e colocar no saco plástico;	
04	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;	10	Recompor a unidade;	
05	Abrir o recipiente mantendo os princípios de assepsia;	11	Lavar as mãos;	
06	Fornecer o recipiente ao paciente, orientando-o para segurá-lo e mantendo os princípios de assepsia;	12	Proceder anotação de enfermagem: data, horário, aspecto e odor da secreção.	
		13	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-	
Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 20 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

| DIR/001/2000). |

Cuidados especiais e observações gerais: Uso obrigatório de EPI (luvas) e não contaminar amostra.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Resultados esperados: A técnica seja realizada de forma asséptica e não contamine a amostra.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 21 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 012

Rotina	Setor
Coleta de urina jato médio	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade Para realização de exames laboratoriais e antibiograma	

Material Necessário

01	Sabão antisséptico;	07	PVPI tópico		
02	Compressa;				
03	Toalha				
04	Recipiente estéril de coleta da amostra;				
05	Cuba rim, papagaio, comadre ou banheiro;				
06	Luvas de procedimento;				

Ações

01	Reunir material;	09	Depois que o fluxo de urina começar, colocar o recipiente de amostra no local e coletar 30 ml de urina;
02	Lavar as mãos;	10	Remover o recipiente antes que o paciente termine a micção;
03	Explicar o procedimento;	11	Permitir que o paciente termine a micção utilizando papagaio, comadre ou cuba rim;
04	Propiciar privacidade;	12	Lavar o períneo novamente se o antisséptico utilizado produzir manchas;
05	Calçar as luvas de procedimento;	13	Descartar o material e as luvas;
06	Lavar a área do períneo com sabão e água, enxaguar e secar suavemente;	14	Lavar as mãos;
07	Limpar o meato com solução antisséptica para cateterização;	15	Etiquetar o recipiente de amostra com data e hora, bem como as informações de

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 22 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			identificação do paciente;
08	Pedir o paciente que inicie a micção;	16	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Uso obrigatório de EPI (luvas) e não contaminar amostra e encaminhar a mostra o mais rápido possível para o laboratório não devendo exceder tempo de 30 minutos

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Resultados esperados: A técnica seja realizada de forma asséptica e não contamine a amostra.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 23 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 013

Rotina	Setor
Coleta de urina de 24 horas	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Para realizar balanço hídrico ou para exames laboratoriais	

Material Necessário

01	Jarro ou frasco graduado;				
02	Comadre ou papagaio;				
03	Luvas de procedimento.				

Ações

01	Reunir material;	06	Medir o volume total e registá-lo no recipiente;
02	Lavar as mãos;	07	Verificar o volume e observar as características;
03	Explicar o procedimento ao paciente;	08	Lavar as mãos;
04	Fornecer o material necessário (frasco e papagaio ou comadre);	09	Encaminhar a amostra para o laboratório para que entre na rotina do dia;
05	Orientar o paciente a desprezar a urina da primeira micção da manhã e a seguir passar para o frasco identificado até completar 24 horas, inclusive a urina da primeira micção do dia seguinte;	10	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Oferecer papagaio ou comadre aos pacientes que tiverem dificuldade de urinar diretamente no frasco coletor; certificar que o paciente tenha condições de seguir as orientações verificando a possível perda de diurese; pacientes acamados, em caso de homens colocar preservativo urinário, em caso de mulheres conscientes coletar a diurese na comadre ou passar SVD diante de prescrição médica.

Ações em caso de não conformidade: Iniciar nova coleta no dia seguinte.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 24 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 014**Resultados esperados:** Que o material seja coletado de maneira correta, sem perda de diurese durante as 24hs.

Rotina	Setor
Instilação nasal	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Usada para obtenção de efeitos locais ou sistêmicos.	

Material Necessário

01	Bandeja				
02	Par de luvas de procedimentos.				
03	Conta-gotas esterilizada;				
04	Lenço de papel;				
05	Medicação prescrita;				

Ações

01	Lavar as mãos;	12	Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
02	Verificar pela ficha ou prescrição médica a data, o horário, o nome e a dosagem da medicação;	13	Limpar o excesso do medicamento com lenço de papel;
03	Reunir o material;	14	Solicitar ao paciente que permaneça 5 minutos em decúbito dorsal, permitindo o escoamento da medicação;
04	Identificar o paciente;	15	Recolocar o conta-gotas no frasco, caso este não tenha sido contaminado;
05	Colocar a bandeja na mesa de cabeceira;	16	Fechar o frasco de medicação;
06	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;	17	Observar reações do paciente;
07	Abrir o frasco de medicação e aspirar o medicamento;	18	Deixar o paciente em posição confortável;
08	Segurar o conta-gotas pelo bulbo, mantendo-o horizontalmente para evitar que a solução entre no bulbo de borracha;	19	Recompor a unidade;
09	Colocar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás, apoiando-se em coxim sob os ombros;	20	Lavar as mãos;
10	Colocar a cabeça do paciente voltada para trás com o pescoço estendido ou com a cabeça virada lateralmente;	21	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
11	Segurar o conta-gotas um pouco acima da narina dirigindo a ponta para linha		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 25 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

média da concha superior do etmóide;		
--------------------------------------	--	--

Cuidados especiais e observações gerais: Uso obrigatório de EPI (luvas).

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Resultados esperados: A técnica seja realizada de forma correta e asséptica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 26 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 015

Rotina	Setor
Instilação ocular (oftalmológica)	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Correção de disfunções oculares	

Material Necessário

01	Bandeja				
02	Par de luvas de procedimentos.				
03	Bolas de algodão;				
04	Medicação a ser administrada.				

Ações

01	Lavar as mãos;	12	Administrar o número receitado de gotas ou quantidade de pomada dentro da bolsa conjuntival do olho correto sem deixar que o gotejador toque o paciente, aplicar a pomada do canto interno para o externo, terminando a administração suavemente com movimento circular;
02	Preparar o medicamento a ser administrado;	13	Remover as mãos e instruir o paciente a fechar os olhos e girá-los ao redor, a menos que seja proibido ou que o paciente não seja capaz de fazer;
03	Identificar o paciente;	14	Remover o excesso de medicação e secreção dos olhos ao redor dos olhos com uma bola de algodão;
04	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;	15	Descartar as luvas;
05	Calçar as luvas;	16	Instruir o paciente a não se mexer até que a visão esteja clara caso a pomada ou as gotas afetem temporariamente a visão;
06	Colocar o paciente em posição de supino ou sentado, com a testa levemente inclinada para trás;	17	Levantar as grades laterais (já que o paciente vai estar de olhos fechados);
07	Se observar secreção ou lágrimas em excesso ao redor dos cílios inferiores e pálpebra, enxugar o olho com gazes na direção do meio para o exterior;	18	Colocar a campainha ao alcance do paciente;
08	Apertar o topo do gotejados de	19	Descartar ou armazenar o material

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 27 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	medicação para aspirar a solução para dentro do tubo gotejador;		apropriadamente;
09	Segurar o gotejador ou pomada a ser administrado com a mão dominante, colocar o punho da mão não dominante na testa do paciente;	20	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10	Usar gazes, puxar a pálpebra inferior para baixo;	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
11	Instruir o paciente a olhar para cima em direção à testa;		

Cuidados especiais e observações gerais: Uso obrigatório de EPI (luvas).**Ações em caso de não conformidade:** Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.**Resultados esperados:** A técnica seja realizada de forma correta e asséptica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 28 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 016

Rotina	Setor
Instilação Tópica	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade Administração de medicamento para efeito local	

Material Necessário

01	Espátula				
02	Gaze				
03	Medicamento				
04	Recipiente para lixo				

Ações

01	Lavar as mãos;	06	Aplicar suavemente a área a ser tratada, massageando levemente até que seja absorvido ou de acordo com as instruções da embalagem;
02	Explicar o procedimento ao paciente;	07	Descartar ou armazenar todo o material apropriadamente;
03	Calçar luvas descartáveis;	08	Lavar as mãos;
04	Derramar ou espremer a quantidade prescrita na superfície da gaze, ou usar a espátula de língua para obtê-las se estiver removendo de um recipiente múltiplo ou de um pote;	09	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
05	Expandir levemente com a gaze;		

Cuidados especiais e observações gerais: Verificar se o paciente tem alguma alergia. Em pele oleosa e/ou com sujidade, fazer a limpeza com água e sabão antes da aplicação do medicamento, para melhor absorção dele. Aplicar o medicamento massageando a pele delicadamente. Observar qualquer alteração na pele: erupções, prurido, edema, eritema e outros.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Resultados esperados: Que o procedimento seja realizado com a técnica correta.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 29 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 017

Rotina	Setor
Instilação Otológica	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade Administração de medicamento por via otológica para efeito local	

Material Necessário

01	Par de luva estéril	05	Conta gotas		
02	Gaze				
03	Medicamento prescrito				
04	Recipiente para lixo				

Ações

01	Lavar as mãos;	07	Posicionar o canal auditivo no adulto da seguinte maneira: segurar o pavilhão auricular e tracionar delicadamente para cima e para trás, para facilitar a visualização do canal auditivo e a introdução do medicamento;
02	Preparar o material;	08	Instilar o medicamento no canal auditivo sem contaminar o conta gotas;
03	Explicar o procedimento ao paciente;	09	Orientar o paciente quanto à manutenção da posição inicial por alguns minutos, para obter a ação do medicamento;
04	Calçar as luvas;	10	Remover as luvas e descartar os materiais contaminados;
05	Limpar o ouvido se for notado excesso de cera;	11	Lavar as mãos;
06	Posicionar o paciente, lateralizando a cabeça;	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Observar se o paciente não possui nenhuma alergia e usar EPI.**Ações em caso de não conformidade:** Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 30 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma adequada e asséptica.**Nº 018**

Rotina	Setor
Nebulização	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade Para fluidificar e expectorar secreções, melhorando o sistema respiratório	

Material Necessário

01	Kit de micronebulização				
02	Solução prescrita				
03	Oxigênio				
04	Ar comprimido				

Ações

01	Lavar as mãos;	07	Manter a nebulização por 15 a 20 minutos;
02	Colocar a solução prescrita no nebulizador;	08	Deixar o paciente confortável;
03	Posicionar o paciente de maneira confortável, de preferência em Fowler ou sentado;	09	Recompor o material utilizado;
04	Orientar o paciente para manter a máscara junto a face, inspirar pelo nariz e expirar pela boca;	10	Lavar as mãos;
05	Seguir a prescrição médica	11	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
06	Graduar o fluxômetro de oxigênio ou ar comprimido até visualizar a saída de névoa (no máximo 5 litros por minuto);		

Cuidados especiais e observações gerais: Ao fechar a válvula do fluxômetro, observar se não há vazamento. Estimular a expectoração e anotar a quantidade e características. Nos pacientes traqueostomizados, adaptar o nebulizador próximo à traqueostomia. Na nebulização contínua, manter a água esterilizada do frasco em níveis adequados. Utilizar oxigênio somente quando não houver ar comprimido disponível ou quando houver prescrição médica para tal uso.**Ações em caso de não conformidade:** Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 31 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma adequada, facilitando a respiração e a eliminação da secreção brônquica.

Nº 019

Rotina	Setor
Tricotomia	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade Proporcionar higiene e deixar local do procedimento preparado para cirurgias	

Material Necessário

01	Par de luva estéril	05	Aparelho de barbear	09	Saco de lixo
02	Cuba rim	06	Lâmina ou gilete nova		
03	Tesoura	07	Sabão líquido ou solução degermante		
04	Biombo	08	Gaze		

Ações

01	Lavar as mãos;	10	Cortar os pelos longos com tesoura, se necessário, e desprezá-los no saco de lixo.
02	Explicar ao paciente o procedimento e suas finalidades;	11	Umedecer uma gaze no sabão líquido ou solução degermante e ensaboar, fazendo movimentos circulares;
03	Verificar a área a ser tricotomizada, de acordo com o procedimento a ser executado;	12	Esticar a pele com uma tração suave em direção oposta a raspagem, e com a outra mão, raspar os pelos ensaboados, no sentido de sua inserção, com movimentos firmes e regulares. Observar para que todos os pelos sejam removidos;
04	Reunir o material e levá-lo para junto do cliente, colocando-o sobre a mesa de cabeceira;	13	Encaminhar o paciente/cliente ao chuveiro ou providenciar um banho no leito, para que a área tricotomizada seja bem esfregada, em caso de cirurgia;
05	Colocar o biombo em volta da cama, isolando o cliente;	14	Deixar o paciente confortável no leito;
06	Fixar o saco de lixo na borda lateral do leito e colocar luvas de procedimento;	15	Recolher todo o material usado desprezá-lo em local adequado, lavá-lo, e guardá-lo;
07	Colocar o sabão líquido ou solução degermante na cuba rim;	16	Deixar a unidade do cliente em ordem;
08	Orientar o paciente/cliente a assumir uma posição confortável e adequada ao preparo da pele;	17	Lavar as mãos;
09	Expor somente a área a ser	18	Realizar anotação de enfermagem, assinar

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 32 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

tricotomizada;	e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
----------------	---

Cuidados especiais e observações gerais: Deve-se utilizar o aparelho de barbear com lâmina nova a cada tricotomia. Evitar machucar a pele, dedicando atenção às pregas cutâneas (por exemplo: axila, virilha, região pubiana e outras). Para realizar tricotomia facial, utilizar o mesmo procedimento, sendo a prescrição médica. Considerar solução degermante como: clorexidina ou PVPI degermante, sendo o uso específico para cada unidade.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma adequada e asséptica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 33 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 020

Rotina	Setor
Transporte do paciente da cama para a maca	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade Transportar o paciente de maneira adequada e sem risco de queda	

Material Necessário

01	Maca				
02	Lençol da cama				

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Passar o paciente para a borda da cama com movimentos simultâneos;
02	Orientar o paciente sobre o procedimento;	09	Colocar a maca paralela ao leito, próxima do paciente;
03	Desprender as roupas de cama;	10	Transportar o paciente da cama para a maca num só movimento;
04	Dobrar a colcha e o cobertor em leque até os pés;	11	Afastar a maca da cama, arrumar as roupas e levantar as grades laterais;
05	Posicionar duas pessoas à direita e duas pessoas à esquerda do paciente;	12	Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
06	Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximas ao paciente;	13	Lavar as mãos.
07	Executar a técnica da seguinte maneira; as duas pessoas mais próximas à cabeceira seguram o lençol próximo ao pescoço e região lombar do paciente; as outras duas pessoas estão mais próximas à região do quadril seguram o lenço, próximo à região lombar e terço superior da coxa;	14	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Transportar o paciente de maca, mantendo os pés para frente, de modo que o mesmo possa visualizar o percurso. Conduzir a maca no elevador de modo que a cabeceira seja introduzida primeiramente (quando for de elevador). O executante da cabeceira deverá ser preferencialmente o mais alto e o mais forte e deverá sustentar o quadril, pois esta região concentra o maior peso corporal. Fazer a desinfecção concorrente da maca após cada transporte.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 34 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade:**Resultados esperados:** Que a técnica seja realizada de forma adequada.**Nº 021**

Rotina	Setor
Transporte do paciente da cama para a cadeira de rodas	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade	
Transportar o paciente de forma adequada e sem riscos	

Material Necessário

01	Cadeira de rodas				
----	------------------	--	--	--	--

Ações

01	Lavar as mãos;	05	Executar a técnica da seguinte forma: as duas pessoas devem ficar no mesmo lado em que está posicionada a cadeira de rodas, sendo uma atrás da cadeira, abraçando firmemente o tórax anterior e posterior e regiões axilares, e a outra segurando os joelhos;
02	Orientar o paciente sobre o procedimento;	06	Transportar o paciente com movimentos sincronizados para a cadeira de rodas. Posicionar o paciente o mais confortável possível;
03	Levantar a cabeceira da cama cerca de 45°. Observar sinais de vertigem, palidez, sudorese e outros;	07	Proteger o paciente e calçar-lhe os chinelos;
04	Colocar a cadeira de rodas, previamente forrada com lençol, paralela ao leito, próxima à cabeceira, mantendo-a travada.	08	Deixar a unidade em ordem, realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Fazer a desinfecção concorrente da cadeira de rodas após cada transporte. Utilizar corretamente a mecânica corporal a fim de evitar lesões corporais e desgaste desnecessário.**Ações em caso de não conformidade:****Resultados esperados:** Que a técnica seja realizada de forma adequada.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 35 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 022

Rotina	Setor
Retirada de pontos	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade	
Avaliar lesão causada por agentes externos	

Material Necessário

01	Pacote de curativo	04	Solução Fisiológica		
02	Pacote de gazes	05	Par luva de procedimento		
03	Cuba rim	06	Esparadrapo		

Ações

01	Solicitar ao paciente o encaminhamento médico;		a parte exposta não percorra o trajeto intradérmico
02	Verificar a data correta para a retirada dos pontos. Quando não houver apresentação do encaminhamento, o enfermeiro deve avaliar a incisão, observando aspecto, coloração, presença de pus nos pontos, sensação de dor, eritema, deiscência e data em que foi feita a sutura;	09	Limpar com solução fisiológica 0,9% a ferida e secar com gaze;
03	Explicar o procedimento ao paciente;	10	Fazer curativo compressivo com esparadrapo se necessário;
04	Lavar as mãos e calçar a luva de procedimento;	11	Retirar os materiais;
05	Providenciar os materiais necessários disponibilizá-los adequadamente;	12	Deixar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem;
06	Lavar a lesão com água e sabão ou solução fisiológica 0,9%;	13	Proceder a desinfecção dos materiais;
07	Aplicar a solução antisséptica na pele íntegra conforme padronização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;	14	Lavar as mãos;
15	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 36 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: No caso de sutura com infecção, supuração ou deiscência, solicitar avaliação médica.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico a impossibilidade de executar o procedimento.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma asséptica e adequada.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 37 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 023

Rotina	Setor
Aspiração de vias aéreas superiores	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Médico, Enfermeiro e técnico de Enfermagem, fisioterapia.
Finalidade Manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias	

Material Necessário

01	Bandeja,	05	1 aspirador ou vácuo	09	01 óculos
02	1 par de luvas de procedimento	06	1 máscara descartável	10	01 frasco de aspiração
03	1 sonda de aspiração	07	1 frasco de soro fisiológico 100ml ou 02 ampolas de AD		
04	1 borracha de aspiração estéril P.V.C. ou látex	08	1 pacote de gaze estéril.		

Ações

01	Lavar as mãos;	10	Com a mão dominante, segurar a face do cliente;
02	Reunir o material;	11	Pinçar o intermediário de silicone (borracha) de aspiração;
03	Explicar ao paciente o procedimento que será realizado;	12	Introduzir a sonda clampeada na cavidade nasal aspirando com movimentos suaves e rotatórios com a mão enluvada;
04	Elevar a cabeceira da cama, a menos que seja contraindicado;	13	Introduzir a sonda na cavidade oral pinçada e retirar lentamente com movimentos circulares;
05	Testar aspirador;	14	Fechar o vacuômetro;
06	Adaptar o vacuômetro e o frasco coletor;	15	Colocar água no invólucro da sonda e aspirar, limpando a extensão;
07	Colocar máscara descartável e óculos de proteção;	16	Certificar-se de que o cliente está confortável e recolher o material;
08	Abrir o invólucro da sonda e adaptar a sua extremidade na extensão sem retirá-las da embalagem;	17	Desprezar ou acondicionar os materiais cada um no seu devido lugar;
09	Calçar luva de procedimento;	18	Lavar as mãos;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 38 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

		19	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
--	--	----	--

Cuidados especiais e observações gerais:

- Interromper a infusão de dieta antes de iniciar a aspiração.
- Retirar fluidos das vias aéreas superiores do cliente;
- Evitar bronco aspiração;
- Proporcionar uma ventilação eficaz.
- O calibre da sonda não deve ser superior à metade do diâmetro das cânulas
- Para melhor eficácia na aspiração, a cabeça do cliente deve ser tracionada para direita, para aspirar o brônquio esquerdo e, ao contrário para o direito, com cuidado para não deslocar a cânula endotraqueal
- O frasco de aspiração e o intermediário devem ser limpos e mantidos o nível de água
- O tempo de aspiração deve ter a duração média de 10 a 15 segundos
- Quando houver secreção espessa e difícil de ser retirada, podem ser instilados de 2 a 3 ml de S.F. com frasco de 10ml e aspirados imediatamente.

Ações em caso de não conformidade: Solicitar avaliação médica em caso de padrão respiratório indesejável.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma asséptica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 39 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

N° 024

Rotina	Setor
Cateter nasal	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade Melhorar a oferta de oxigenação	

Material Necessário

01	Bandeja	05	Fluxômetro calibrado para rede de oxigênio		
02	01 cateter nasal	06	Ampola de água destilada		
03	01 frasco umidificador,	07	01 par de luvas de procedimento		
04	01 extensão de borracha s/n				

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Adaptar o cateter nasal nas narinas, passar os tubos na parte posterior das orelhas, fazendo com que elas sirvam de apoio para o cateter;
02	Reunir o material;	09	Proteger as orelhas e outras proeminências ósseas com compressas de gases para evitar ruptura da pele;
03	Atividade (o que fazer);	10	Abrir e regular o fluxômetro (conforme prescrição médica);
04	Instalar o fluxômetro na rede de oxigênio e testá-lo;	11	Recompor a unidade;
05	Colocar a água destilada esterilizada no copo do umidificador, fechar e conectar ao fluxômetro;	12	Lavar as mãos;
06	Conectar a extensão plástica ao umidificador identificá-lo com etiqueta (data, hora e volume de água);	13	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
07	Conectar o cateter a extensão plástica;		

Cuidados especiais e observações gerais: Trocar o cateter nasal a cada sete dias; Trocar o umidificador e a extensão a cada 48h.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 40 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade:**Resultados esperados:** Que o cateter seja colocado de maneira correta e o paciente receba oxigênio necessário.**Nº 025**

Rotina	Setor
Rotina para troca de curativo e fixação de Traqueostomia	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Finalidade Manter higiene adequada para o paciente e prevenir infecção hospitalar	

Material Necessário

01	Bandeja de curativo				
02	1 par de luva de procedimento,				
03	1par de luva estéril				
04	1 pacote de gaze estéril				
05	1 frasco de soro fisiológico 100ml				

Ações

01	Lavar as mãos;	09	Calce a luva esterilizada;
02	Reunir o material;	10	Limpe ao redor do estoma, utilizando uma pinça com gaze umidificada com soro fisiológico;
03	Explicar o procedimento ao cliente;	11	Coloque o curativo esterilizado do estoma ao redor do tubo de traqueostomia;
04	Elevar a cabeceira da cama do cliente;	12	Troque os cadarços da traqueostomia, passando-os através das fendas nas abas do tubo de traqueostomia e amarrando-os no lugar;
05	Abrir e organizar o material;	13	Retire as luvas e lave as mãos;
06	Ponha a luva de procedimento e remova o curativo sujo do estoma, jogando-o fora, juntamente com a luva;	14	Organize os materiais e deixe o ambiente em ordem;
07	Lave novamente as mãos;	15	Coloque o paciente em posição confortável;
08	Abra a bandeja de curativo;	16	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Deve ser feita após o banho e sempre que necessário para evitar o ressecamento das secreções.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 41 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: Solicitar avaliação médica.**Resultados esperados:** Evitar o acúmulo de secreções ao redor de estoma e manter o paciente em ótimas condições de higiene.**Nº 026**

Rotina	Setor
Alimentação por SNE	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Oferecer nutrição para pacientes que não tem condições de se alimentar por via oral	

Material Necessário

01	1 bandeja contendo:	04	1 equipo para nutrição enteral ou um equipo parenteral sem filtro		
02	1 frasco (ou bolsa) apropriado para a dieta, com a quantidade a ser administrada no horário, em temperatura ambiente;	05	1 seringa de 20 ml		
03	1 copo com água filtrada e fervida ou água destilada (água para injeção), em temperatura ambiente;	06	1 bomba de infusão		

Ações

01	Lavar as mãos;	06	Conectar o equipo na sonda;
02	Reunir material;	07	Iniciar a infusão da dieta;
03	Conectar o equipo ao frasco, abrir a pinça ou roleta para encher o equipo de dieta e, em seguida, fechar a roleta;	08	Lavar as mãos;
04	Instalar o equipo na bomba de infusão e programar o volume de acordo com a prescrição médica ou nutricional;	09	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Conferir posicionamento da sonda com teste de ausculta antes de iniciar a dieta, manter cabeceira elevada, seguir a vazão prescrita, observar presença de náuseas e vômitos, lavar a sonda a cada administração de dieta, suspender a infusão da dieta em caso de distensão abdominal e diarreia.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 42 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: Na presença de náuseas e vômitos parar a dieta e comunicar ao médico para tomar as providências

Resultados esperados: Que o paciente receba dieta adequadamente.

Nº 027

Rotina	Setor
Banho no leito	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Finalidade Proporcionar higiene e conforto ao cliente e manter a sua integridade cutânea	

Material Necessário

01	Carro de banho ou mesa de cabeceira,	07	1 sabonete individualizado,	13	Hamper,
02	1 par luva de banho,	08	1 comadre e/ou papagaio do próprio paciente,	14	01 bacia,
03	1 toalha de banho (lençol protetor),	09	Roupa para o paciente (pijama ou camisola),	15	01 balde,
04	Material para higiene oral,	10	02 lençóis,	16	Fita adesiva,
05	Material para higiene íntima,	11	01 cobertor S/N,	17	1 biombo,
06	1 pente,	12	01 toalha de banho,		

Ações

01	Reunir o material;	21	Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente; 22 - Trocar, obrigatoriamente, a água da bacia e a luva de banho, retirando a comadre, deixando-a ao lado do leito;
02	Lavar as mãos;	22	Encaixar a comadre no paciente;
03	Calçar as luvas de procedimentos;	23	Fazer higiene íntima do paciente, de acordo com a técnica;
04	Explicar ao paciente o que vai ser feito;	24	Trocar, obrigatoriamente, a água da bacia e a luva de banho, retirando a comadre, deixando-a ao lado do leito;
05	Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito;	25	Virar o paciente em decúbito lateral, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo esta posição com o auxílio de outra pessoa;
06	Fechar as portas e janelas;	26	Lavar e enxugar as costas, massageando-

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 43 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;
07	Proteger a unidade do paciente com biombos;	27	Trocar de luvas ou lavar as mãos enluvadas, para não contaminar a roupa limpa;
08	Oferecer comadre ou papagaio ao paciente e procurar saber se tem clister prescrito. Se houver, fazê-lo em primeiro lugar; rescrito. Se houver, fazê-lo em primeiro lugar;	28	Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;
09	Fazer higiene oral do paciente e lavar a cabeça, se necessário;	29	Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper;
10	Desprender a roupa de cama, iniciando do lado oposto onde permanecer;	30	Calçar outras luvas ou lavar as mãos enluvadas e terminar a arrumação do leito;
11	Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça;	31	Fazer os cantos da cama: cabeceira e pés;
12	Lavar os olhos, limpando o canto interno para o externo, usando gaze;	32	Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;
13	Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;	33	Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper;
14	Remover a camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com o lençol, descansando os braços sobre o mesmo;	34	Calçar outras luvas ou lavar as mãos enluvadas e terminar a arrumação do leito;
15	Lavar e enxugar os braços e mãos do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho a axila;	35	Fazer os cantos da cama: cabeceira e pés;
16	Trocar a água;	36	Vestir o paciente;
17	Lavar e enxugar o tórax e abdome, com movimentos circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;	37	Pentear os cabelos do paciente;
18	Cobrir o tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso, até a região genital;	38	Trocar a fronha;
19	Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo;	39	Utilizar travesseiros para ajeitar o paciente decúbito mais adequado no;
20	Colocar bacia sob os pés e lavá-la, principalmente nos interdigo-os, observando as condições dos mesmos e enxugar bem;	40	Limpar balde, bacia, comadre com água e sabão;
41	Retirar as luvas;		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 44 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

42	Lavar as mãos;		
43	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).		

Cuidados especiais e observações gerais: Manter o pudor e privacidade do paciente, manter o diálogo constante durante o procedimento, observar as condições gerais do paciente, anotando no prontuário as alterações encontradas.

Ações em caso de não conformidade:

Resultados esperados: Promover a limpeza, a proteção da pele, e o conforto ao paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 45 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 028

Rotina	Setor
Mudança de decúbito	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Finalidade Prevenir úlcera de decúbito ao paciente que não pode se movimentar no leito	

Material Necessário

01	1 travesseiro				
02	1 lençol				
03	1 cobertor				
04	Fita adesiva				

Ações

01	Lavar as mãos;	07	Para deslocar o paciente na direção do lado esquerdo da cama, coloque o braço direito ao lado do corpo;
02	Reunir material;	08	Flexione seu braço esquerdo acima da cabeça de modo que ele não seja posicionado para baixo do corpo durante a mobilização;
03	Fazer um rolo com o cobertor e lençol para servir de apoio para as costas do paciente;	09	Erguer o forro móvel enrolado fazendo com que o paciente seja puxado em sua direção;
04	Abaixar a cabeceira do leito;	10	Continue o movimento até que se consiga colocar o paciente na posição que se pretende;
05	Usando um forro móvel mobilize o paciente para a borda da cama oposta ao lado em que ele será posicionado;	11	Lavar as mãos;
06	Estique o forro móvel no lado em que o paciente será posicionado e coloque um travesseiro entre suas pernas para manter a posição dos membros inferiores;	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 46 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: Movimentar o paciente com cuidado, evitar movimentos bruscos; respeitar a posição anatômica; cumprir rigorosamente o horário de mudança de decúbito conforme protocolo; proteger proeminências ósseas.

Ações em caso de não conformidade:

Resultados esperados: Que as mudanças de decúbito sejam feitas nos horários corretos e que o paciente não venha desenvolver úlceras de decúbito.

Protocolo de mudança de decúbito:

08hs- Lateral direita
10hs- Dorsal
12hs- Lateral Esquerda

14hs- Lateral direita
16hs- Dorsal
18hs- Lateral esquerda

20hs- Lateral direita
22hs- Dorsal
24hs- Lateral esquerda
02hs- Lateral direita
04hs- Dorsal
06hs- Lateral esquerda

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 47 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 029

Rotina	Setor
Esvaziamento e limpeza da bolsa de colostomia	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidades	
Promover higiene e limpeza da ostomia	

Material Necessário

01	3 pares de luvas de procedimento;	04	2 compressas para limpeza,	07	Biombo
02	1 comadre,	05	papel higiênico		
03	2 oleados;	06	2 toalhas de papel.		

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Se estiver usando a comadre, colocar a bolsa coletora na comadre; remover a presilha da bolsa coletora e colocá-la em local de fácil acesso;
02	Reunir o material;	09	Desenrolar a abertura da bolsa coletora e drenar as fezes para a comadre ou para o vaso sanitário;
03	Explicar cada passo enquanto está sendo realizado;	10	Pressionar os dois lados da parte inferior da bolsa coletora;
04	Promover a privacidade do paciente colocando o biombo;	11	Abrir a parte inferior da bolsa e limpá-la com papel higiênico e compressa úmida;
05	Calçar luvas;	12	Avaliar se a bolsa está em condições de ser reutilizada; caso não; descartá-la e instalar uma nova sobre a barreira protetora da pele;
06	Colocar oleado ao redor do abdome e abaixo da bolsa coletora;	13	Eliminar os resíduos do vaso sanitário; e se estiver usando comadre, fixar a bolsa com um anel de borracha e, então, desprezar o material da comadre; remover a bolsa coletora da barreira protetora da pele e lavar com água e sabão;
07	Se estiver usando o toalete, sentar o paciente no vaso sanitário ou em uma cadeira em frente a este com a bolsa coletora sobre o vaso sanitário;	14	Enxaguar e secar com papel toalha;

15	Lavar as mãos;	20	Limpar a parte externa da bolsa coletora
----	----------------	----	--

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 48 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			com compressa úmida;
16	Colocar as luvas limpas;	21	Armazenar ou desprezar todo o material;
17	Lavar a presilha e secar com papel toalha;	22	Remover as luvas;
18	Colocar a presilha limpa na bolsa;	24	Anotar no prontuário a cor, consistência; quantidade, condições do estoma e a avaliação abdominal;
25	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).		

Cuidados especiais e observações gerais:**Ações em caso de não conformidade:** Solicitar o médico em caso de alguma anormalidade**Resultados esperados:** Manter a integridade do estoma e da pele perístoma; propiciar conforto geral; promover uma autoimagem positiva; limpar a bolsa coletora para nova utilização.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 49 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 030

Rotina	Setor
Calçar luva estéril	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Finalidade Realizar procedimento que exige técnica asséptica	

Material Necessário

01	Luvras de látex estéril				
----	-------------------------	--	--	--	--

Ações

01	Lavar as mãos;	06	Pegar a luva da mão esquerda com a mão direita enluvada;
02	Abrir o pacote da luva, posicionando corretamente;	07	Unir os dedos da mão esquerda com a palma voltada para baixo;
03	Segurar as bordas do envelope com o indicador e o polegar de ambas as mãos, expondo as luvas;	08	Introduzir a mão esquerda. Tracionando a luva com a mão direita, até calçá-la totalmente inclusive o punho, evitando contaminação do polegar enluvado;
04	Segurar a dobra do punho da luva da direita com o indicador e o polegar da mão esquerda, expondo a abertura dela;	09	Ajustar as luvas.
05	Unir os dedos da mão direita e introduzi-los pela abertura apresentado, tracionando a luva com a mão esquerda até calçá-la, sempre segurando na face interna do punho da luva;	10	

Cuidados especiais e observações gerais: Utilizar a luva de tamanho adequado, caso a luva apresente algum dano visível desprezá-la e utilizar outro par; antes de calçar as luvas retirar: anéis, relógios e pulseiras.

Ações em caso de não conformidade: Repetir o procedimento com luvas novas.

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada de forma asséptica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 50 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 031

Rotina	Setor
Verificação de temperatura	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
Finalidade Verificar se paciente está mantendo temperatura ideal do corpo	

Material Necessário

01	1 bandeja				
02	1 termômetro				
03	1 papel toalha				
04	Algodão com álcool a 70%				

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Deixar o termômetro no paciente por no mínimo 5 minutos;
02	Reunir o material;	09	Retirar o termômetro segurando-o pelo pedúnculo e fazer a leitura na altura dos olhos;
03	Explicar o procedimento ao paciente;	10	Baixar o nível da coluna de mercúrio até abaixo de 35°C e desinfetar o termômetro;
04	Desinfetar o termômetro com a bola de algodão embebida em álcool à 70% do sentido do pedúnculo ao bulbo;	11	Colocar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem;
05	Abaixar a coluna do termômetro até 35°C;	12	Lavar as mãos;
06	Deixar o paciente em condições confortáveis;	13	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
07	Colocar o termômetro diretamente na região axilar, sem enxugá-la, deixando o bulbo em contato com a pele e as mãos do paciente sobre o tórax;		

Cuidados especiais e observações gerais: A temperatura é o primeiro sinal vital a ser verificado; pode ser verificada também na região auricular. Retal e bucal quando indicado. Na verificação da temperatura bucal o bulbo deve ficar sob a língua. Na verificação de

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 51 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

temperatura retal o bulbo deve ser lubrificado e introduzido 2cm no ânus. O local da verificação da temperatura deve ser especificado no relatório.

Ações em caso de não conformidade: Repetir a técnica

Resultados esperados: Que o valor obtido esteja correto diante de uma técnica correta.

Nº 032

Rotina	Setor
Verificação de pulso	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Finalidade Verificar estabilidade do paciente quanto a sua frequência cardíaca	

Material Necessário

01	1 relógio com ponteiro de segundos				
----	------------------------------------	--	--	--	--

Ações

01	Lavar as mãos;	05	Colocar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem;
02	Explicar o procedimento ao paciente;	06	Lavar as mãos;
03	Colocar os dedos indicador, médio e anular da mão direita sobre a artéria radial, fazendo leve pressão sobre a mesma e evitando comprimi-la, iniciando a contagem quando as pulsações forem perceptíveis;	07	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
04	Contar os batimentos: pulsos regulares durante 30 segundos e multiplicar por dois; nos pulsos irregulares verificar durante um minuto;		

Cuidados especiais e observações gerais: Em pacientes com patologias cardíacas verificar pulso durante um minuto. Os locais para verificação de pulso são: artéria temporal; carótida; braquial; radial e femoral.

Ações em caso de não conformidade: Repetir a técnica

Resultados esperados: Que os valores estejam dentro da normalidade.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 52 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 033

Rotina	Setor
Verificação da respiração	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Finalidade Verificar se a frequência respiratória está adequada aos parâmetros da normalidade	

Material Necessário

01	1 relógio com ponteiro de segundos				
----	------------------------------------	--	--	--	--

Ações

01	Lavar as mãos;	05	Contar os movimentos respiratórios por um minuto;
02	Falar ao paciente que irá contar o pulso;	06	Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
03	Colocar a mão no pulso do paciente como se a intenção fosse a de verificar sua pulsação e realizar a contagem da respiração;	07	Lavar as mãos;
04	Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax; os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;	08	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Não falar por paciente que irá verificar a respiração para não alterar no resultado. Caso seja necessário colocar a palma da mão do executante sobre o tórax do paciente.

Ações em caso de não conformidade: Repetir o procedimento.

Resultados esperados: Que os valores estejam dentro da normalidade.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 53 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 034

Rotina	Setor
Lavagem das mãos	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Finalidade Manter as mãos limpas, evitar infecção cruzada	

Material Necessário

01	Água corrente				
02	Sabão				
03	Papel toalha				

Ações

01	Abrir a torneira, evitando grandes volumes de água;	05	Enxaguar as mãos e os punhos;
02	Molhar e ensaboar as mãos e punhos;	06	Retirar papel toalha, seguindo pela extremidade do mesmo e enxugar as mãos;
03	Enxaguar o sabão e recolocá-lo no suporte na falta de sabão líquido;	07	Fechar a torneira com papel toalha;
04	Friccionar todas as faces das mãos: as palmas e espaços interdigitais, superfícies laterais, polegares, pregas palmares, e polpas digitais, faces dorsais e pulmões até formar espuma abundante por aproximadamente 15 segundos;		

Cuidados especiais e observações gerais: Manter certa distância da pia, evitando contato da roupa com a mesma.**Ações em caso de não conformidade:** Repetir o procedimento caso haja contaminação, durante a realização da técnica.**Resultados esperados:** Que as mãos estejam limpas sempre antes e depois dos procedimentos.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 54 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 035

Rotina	Setor
Transfusão de Concentrado de Hemáceas	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Repor sangue e hemocomponentes	

Material Necessário

01	2 Pares de luvas	06	Garrote		
02	Scalp ou Jelco	07	Bolsa contendo o hemocomponente		
03	Algodão	08	Tubo seco		
04	Alcool 70%	09	Tubo com EDTA		
05	Equipo para transfusão	10	Requisição de transfusão		

Ações

01	Lavar as mãos;		2ml/minuto;
02	Coletar duas amostras de sangue nos tubos 01 com EDTA e outro no tubo seco;	18	Após os 15 primeiros minutos aumentar o gotejamento para 3 a 4ml por minuto ou conforme prescrição;
03	Calçar luvas e puncionar acesso venoso calibroso e colocar soro se prescrito;	19	Selo de identificação deverá ser afixado no prontuário do paciente;
04	Identificar as amostras com nome completo, RG, nº do quarto e leito, assinatura e data;	20	Retirar o hemocomponentes se o paciente apresentar reação transfusional;
05	Aferir sinais vitais (FR, FC, PA, Temperatura) principalmente temperatura axilar antes de iniciar a transfusão 1h depois e no término;	21	Chamar equipe médica em caso de reação transfusional;
06	Conferir pedidos de transfusão;	22	Devolver a bolsa com o restante de hemocomponente em caso de reação, junto com a ficha de notificação para análise no hemocentro e 01 tubo EDTA e 01 seco com o sangue do paciente;
07	Conferir prescrição médica;	23	Medicar paciente conforme orientação médica;
08	Conferir tubos de coleta;	24	Lavar as mãos após procedimento;
09	Encaminhar material e requisição de	25	Realizar anotação de enfermagem, assinar

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 55 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	transusão de hemocomponentes/hemoderivados devidamente preenchido para a Agência Transfusional Sociedade Beneficente de Piraju em saco plástico e embalagens rígidas;		e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10	Receber o sangue devidamente identificado com rótulo, pedido transfusional e caixa com termômetro;		
11	Manter a bolsa em caixa térmica com termômetro máximo e mínimo de 2 a 8°C;		
12	Conferir e anotar em prontuário a temperatura da bolsa na chegada;		
13	Lavar as mãos antes de preparar o material a ser transfundido;		
14	Calçar luvas;		
15	Usar equipo especial para transusão, sendo 01 equipo por bolsa;		
16	Instalar equipo 1m acima do tórax;		
17	Monitorizar gotejamento com 1 ou		

Cuidados especiais e observações gerais: - Manter hemocomponentes acondicionados adequadamente, - O tempo máximo de infusão é de 4hrs a partir do momento que o material chegar na instituição, - verificar sinais vitais antes e durante a infusão e ao término, - nunca infundir soro glicosado com sangue risco de hemólise, quando infundir sangue pelo portocath a cada 30 min deve passar soro fisiológico, - As transfusões de sangue devem preferencialmente ocorrer em horários diurnos, quando é mais fácil e seguro acompanhar possíveis reações transfusionais, do que em horário de plantão, - Entregar os pedidos de transusão íntegros e em boas condições de manuseio, sem rasura e amassados.

Ações em caso de não conformidade: - Em caso de reação retirar infusão e chamar equipe médica, preencher ficha de notificação de evento adverso, - caso o tempo de infusão ultrapasse 4Hrs devolver material para Agência Transfusional, não solicitar mais de uma bolsa de uma só vez,

Resultados esperados: Que o paciente seja transfundido adequadamente seguindo todos os cuidados do protocolo

Obs.: Reações Transfusionais em anexo.

1- Imediata

- Interromper transusão;
- Manter acesso venoso com SF 0,9%;
- Verificar, a beira do leito, se o componente foi corretamente administrado ao paciente destinado;
- Verificar sinais vitais;
- Comunicar o ocorrido ao médico do paciente;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 56 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

- Notificar a reação ao Serviço de Hemoterapia;
- Registrar em prontuário.

2- Tardias

- Notificar ao médico os sinais e sintomas observados;
- Coletar amostras do receptor para exames, conforme orientação médica;
- Orientar o paciente sobre suspeita da reação;
- Notificar o Serviço de Hemoterapia;
- Registrar em prontuário.

Nº 036

Rotina	Setor
Rotina para coleta de secreções	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Realizar exames laboratoriais conforme solicitação médica	

Material Necessário

01	Swab				
02	Etiqueta de identificação				
03	Luvas para procedimentos				

Ações

01	Reunir o material;	06	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
02	Conferir o pedido do exame com identificação do paciente;		
03	Lavar as mãos e calçar as luvas;		
04	Posicionar o paciente de maneira adequada com ajuda de um auxiliar;		
05	Colher o material seguindo o cuidado de não contaminar o material;		

Cuidados especiais e observações gerais: Observar aspecto, cor e odor do local onde se vai fazer a coleta**Ações em caso de não conformidade:** Repetir o procedimento.**Resultados esperados:** Que a coleta seja feita conforme a técnica adequada.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 57 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 037

Rotina	Setor
Auxílio na Inserção de cateter venoso central CVC	Todas as clínicas
Responsável	Executante
Equipe de saúde	Médico
Finalidade Manter via de acesso central, para os pacientes que não tem acesso periférico permeável e para uso de medicamentos que preferencialmente precisam ser administrados por via central	

Material Necessário

01	Par de luvas estéril	08	Solução antisséptica	14	01 agulha 45X12,5
02	Gorro	09	Bandeja para inserção do cateter venoso central	15	01 agulha 28X7
03	Aventais estéreis	10	Lidocaína 2% s/ vaso	16	01 fio mononylon agulhado 3-0
04	Campos cirúrgicos estéreis	11	01 Seringa de 20ml	17	Gaze
05	Cateter	12	01 seringa de 10 ml	18	SF 250 ml
06	Degermante antisséptico	13	01 agulha 40x12	19	Equipo macrogotas
07	Álcool				

Ações

01	Lavar as mãos com clorexidina;	12	Monitorar frequência cardíaca, respiratória e respostas do paciente durante a realização do procedimento;
02	Preparar solução de infusão;	13	Conectar a linha de infusão do equipo com técnica asséptica, assim que o médico introduzir o cateter;
03	Oferecer ao médico paramentação completa e estéril (avental, gorro, máscara e luvas);	14	Auxiliar o médico para teste de refluxo de sangue pelo cateter;
04	Disponibilizar os materiais estéreis sobre a mesa auxiliar ou de procedimentos;	15	Reposicionar o paciente ao término do procedimento;
05	Realizar assepsia do frasco de Xilocaína	16	Realizar curativo estéril com técnica

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 58 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	2% s/ vaso com gaze embebida em álcool;		asséptica identificando com data e hora do curativo;
06	Realizar assepsia do local de inserção;	17	Recolher e descartar o material em lugar adequado;
07	Proteger área de inserção com campos estéreis;	18	Lavar as mãos;
08	Garantir que os profissionais próximos ao procedimento utilizem máscaras e gorros;	19	Solicitar raio x de tórax;
09	Explicar ao paciente os passos do procedimento;	20	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10	Posicionar o paciente para realização do procedimento;		
11	Posicionar o leito entre 15 e 20 graus em trendelenburg, se possível;		

Cuidados especiais e observações gerais:

- Uso de barreira máxima para prevenção e redução da transmissão dos microorganismos

Ações em caso de não conformidade:

- O posicionamento do paciente pode ser contraindicado em alguns pacientes, como, por exemplo, na população com aumento de pressão intracraniana, pressão arterial elevada, problemas respiratórios ou cardíacos.

Resultados esperados:

- Ausência de infecção de sítio de inserção ou corrente sanguínea
- Ausência de complicações como tromboflebite, embolia gasosa ou tamponamento cardíaco,
- Inserção de CVC livre de complicações, como arritmias, hemorragia, hematomas, pneumotórax e outras
- Permanência do CVC somente pelo período em que houver indicação

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 59 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 038

Rotina	Setor
Manutenção do CVC	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Manter via de acesso para administração de medicamentos e evitar infecção	

Material Necessário

01	Luvas estéreis				
02	Álcool 70%				
03	Gaze estéril				
04	micropore				
05	Clorexidina alcoólica				

Ações

01	Não molhar o curativo se não for no banho;	08	Manter o curativo oclusivo e estéril;
02	Trocar o curativo: sempre que estiver úmido, sujo ou solto. Recomendamos em nossa instituição a cada 24hrs, após o banho;	09	Administrar NPP por cateter de lúmen exclusivo, em cateter de duplo lúmen utilizar a via mais longa;
03	Lavar as mãos antes do procedimento;	10	Observar a ocorrência de febre, ou sinais de hiperemia e secreção na inserção do cateter;
04	Calçar luvas;	11	Troque de equipo a cada 48hrs e de solução a cada plantão;
05	Realizar anti-sepsia local com álcool 70% ou clorexidina alcoólica;	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
07	Fazer anti-sepsia do canhão com álcool antes da manipulação;		

Cuidados especiais e observações gerais: - Higiene das mãos e anti-sepsia do local de inserção

- Manter o curativo por 24hrs e vigilância de seu aspecto

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 60 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: - Em caso de ocorrência de febre ou sinais de hiperemia e secreção na inserção, pode estar indicada a coleta de hemocultura, e discussão sobre a troca do cateter, utilizando novo sítio de inserção.

Resultados esperados: - Ausência de infecção de sítio de inserção ou corrente sanguínea
- Ausência de complicações como tromboflebite, embolia gasosa ou tamponamento cardíaco
- Inserção de CVC livre de complicações, como arritmias, hemorragia, hematomas, pneumotórax e outras
- Permanência do CVC somente pelo período em que houver indicação

Nº 039

Rotina	Setor
Coleta de ponta de cateter	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Para análise microbiológica em casos de suspeita de infecção pelo uso do cateter	

Material Necessário

01	Par de luvas comum	07	Tubo estéril		
02	Álcool 70%	08	Máscara		
03	Gaze estéril	09	Par de luvas estéril		
04	Bandeja de curativo	10	Clorexidina alcoólica		
05	Frasco estéril				
06	Compressa estéril				

Ações

01	Coloque o cliente em posição supina para evitar embolia;	07	Faça anti-sepsia do local com gaze embebida com álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
02	Lave as mãos;	08	Corte as suturas e, usando pinça, retire o cateter com um movimento lento e constante;
03	Calce luvas e use máscaras;	09	Cortar aproximadamente 5 cm da extremidade do cateter que estava inserida no paciente, colocando em tubo estéril;
04	Desligue todas as infusões e prepare um campo estéril, usando compressa estéril;	10	Cubra o local com curativo oclusivo com gaze;
05	Retire e descarte o curativo;	11	Encaminhe amostra do cateter para o laboratório de microbiologia;
06	Troque as luvas por estéreis;	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: - Coletar a ponta do cateter com técnica asséptica

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 61 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade:**Resultados esperados:** Que a técnica seja realizada adequadamente**Nº 040**

Rotina	Setor
Auxílio na Inserção do cateter arterial	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Médico
Finalidade Auxiliar o médico para que o procedimento ocorra de forma mais asséptica possível	

Material Necessário

01	Par de luvas estéreis	08	Campos estéreis	15	Transdutor de pressão
02	Clorexidina Dergermante	09	Avental estéril	16	Bolsa pressurizadora
03	Descanso para o braço ou tornozelo	10	Kit de tricotomia (para inserção na a. femoral)	17	Esparadrapo micropore
04	Cateter arterial – Jelco 16 a 20 G	11	Agulha 13x0,45	18	Solução salina 0,9%(250ml)
05	Gaze estéril	12	Agulha 25x0,7	19	Heparina sódica 5.000UI/ml
06	Máscara descartável e óculos de proteção	13	Agulha 40x12	20	Fio mononylon 3.0
07	Seringa descartável	14	Lidocaína a 2% s/ vaso	21	Bandeja de dissecação venosa

Ações

01	Colocar a máscara e óculos de proteção;	10	Calçar luvas e acompanhar o procedimento;
02	Lavar as mãos;	11	Após a obtenção do acesso arterial, conectar os sistemas de monitorização ao cateter;
03	Preparar o sistema de pressão conectando o transdutor de pressão ao frasco de solução salina 0,9% de 250ml com 0,25 ml de Heparina na bolsa de pressurização de 300mmHg e conectar a saída do dômus ao cabo de pressão	12	Zerar os sistemas de monitores e ativar os alarmes;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 62 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	ligada ao monitor;		
04	Retirar o ar do sistema de pressão;	13	Acompanhar o procedimento de fixação do cateter;
05	Oferecer ao médico todo material necessário para sua paramentação;	14	Realizar curativo oclusivo e estéril
06	Preparar mesa auxiliar com: gaze, seringa, agulhas, campos estéreis, cateter, fios de suturas;	15	Descartar os materiais utilizados em local apropriado e lavar as mãos
07	Oferecer clorexidina dergemante para anti-sepsia;	16	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Realizar o teste de Allen previamente ao procedimento (consiste na avaliação de circulação colateral adequada para a mão pela artéria ulnar – comprimindo as artérias ulnar e radial, o paciente é orientado a abrir e fechar a mão até que se torne pálida, deve-se então liberar a pressão sobre a mão, e observar o retorno da coloração, que deve ocorrer em 5 a 7 segundos. Caso seja maior que 7 a 15 segundos a circulação ulnar não é adequada, neste caso a radial não pode ser canulizada. A zeragem do sistema é essencial para garantia do nivelamento do local do sistema circulatório estudado e do transdutor de pressão; retirar todas as bolhas do sistema para que os valores não sejam subestimados.

Ações em caso de não conformidade: Em caso de obstrução, heparémia no local da inserção, paciente apresentar febre após inserção do cateter comunicar ao médico

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada adequadamente seguindo os critérios de assepsia.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 63 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 041

Rotina	Setor
Cauterização cicatriz umbilical	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Desfazer o granuloma na cicatriz	

Material Necessário

01	Álcool 70%	07	Gaze		
02	Bastão de nitrato de prata				
03	Papel alumínio				
04	Óleo de amêndoa ou similar				
05	Luvras de procedimento				
06	Haste de algodão				

Ações

01	Receber o cliente na sala de procedimento	08	Solicitar à mãe que vista o bebê;
02	Orientar a mãe ou responsável quanto ao procedimento;	09	Organizar a sala de procedimento;
03	Lavar as mãos;	10	Lavar as mãos;
04	Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool 70%;	11	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
05	Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo;	12	
06	Abrir cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma;	13	
07	Inserir o bastão de nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical;	14	

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 64 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: Colocar o nitrato de prata somente na região indicada.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao pediatra

Resultados esperados: Que o granuloma desapareça.

Nº 043

Rotina	Setor
Retirada do cateter arterial	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Para evitar infecção hospitalar	

Material Necessário

01	Par de luvas				
01	Kit de curativo				
01	Clorexidina dergermante				
01	Lâmina de Bisturi				
01	Esparadrapo ou microopore				
01	Gazes				

Ações

01	Posicionar o paciente;	06	Tampar o orifício com curativo compressivo evitando sangramento local.
02	Retirar cuidadosamente o curativo;	07	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
03	Realizar a anti-sepsia		
04	Desligar os transdutores da conexão do aparelho		
05	Cortar soltando as fixações dos pontos cirúrgicos		
06	Retirar o cateter em movimento único e lento		

Cuidados especiais e observações gerais: Observa o local de inserção, para que não tenha sinais de infecção.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 65 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: Em caso de alterações febre, hiperemia e secreção purulenta do local comunicar com a equipe médica

Resultados esperados: Que a técnica seja realizada adequadamente.

Nº 044

Rotina	Setor
Admissão do paciente	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Admissão do paciente em unidade hospitalar ocorre quando há necessidade de ocupar um leito hospitalar por 24 horas ou mais.	

Material Necessário

01	Prontuário do paciente	04	Aparelho de pressão		
02	Exames existentes anexados	05	Estetoscópio		
03	Presença de um familiar ou responsável	06	Termômetro		

Ações

01	Lavar as mãos	08	Identificar o leito;
02	Certificar-se da identidade do paciente e acompanhá-lo até o leito já preparado; verificar se o prontuário está completo;	09	Encaminhar a farmácia prescrição médica assinada e carimbada;
03	Apresentá-lo aos outros pacientes do quarto;	10	Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição;
04	Orientar sobre as normas e rotinas do hospital (horário de visita e repouso);	11	Encaminhar o paciente para realizar os exames solicitados;
05	Orientar o paciente em relação à localização das instalações sanitárias, horário das refeições, nome do médico e da enfermeira do plantão;	12	Comunicar ao laboratório os quanto aos exames solicitados;
06	Verificar sinais vitais e anotar no prontuário;	13	Realizar a sistematização da assistência de enfermagem;
07	Registrar o paciente no censo (livro de registro);	14	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 66 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: -Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento, - Facilitar a adaptação do paciente no ambiente hospitalar, - Proporcionar conforto e segurança.

Ações em caso de não conformidade: Orientar o funcionário para realizar a admissão adequadamente.

Resultados esperados: Que o paciente seja admitido seguindo as normas da instituição.

Nº 045

Rotina	Setor
Administração de medicamento via retal	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Consiste na aplicação de medicamento no reto, que permite a absorção pela mucosa intestinal de muitos fármacos solúveis, que podem gerar efeitos sistêmicos através de supositórios ou clister	

Material Necessário

01	Bandeja	06	Comadre		
02	Aplicador descartável	07	Luva de procedimento		
03	Xylocaína gel				
04	Medicamento prescrito				
05	Papel toalha				

Ações

01	Lavar as mãos;	07	Introduzir a cânula do aplicador no reto;
02	Conferir a prescrição médica;	08	Aplicar o conteúdo conforme prescrição médica;
03	Reunir o material e encaminhar até o leito do paciente;	09	Retirar a cânula do reto;
04	Calçar as luvas;	10	Oferecer a comadre ou levar paciente ao banheiro;
05	Colocar o paciente na posição de Sims para facilitar o procedimento;	11	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
06	Lubrificar a cânula do aplicador com xylocaína gel;		

Cuidados especiais e observações gerais: - Administrar fármacos a pacientes incapazes ou que não querem engolir a medicação, - Evitar a destruição ou desativação dos fármacos pelo

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 67 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

pH ou atividade enzimática do estômago e dos intestinos, - Evitar a irritação estomacal quando o fármaco apresenta este efeito,- Evitar a metabolização hepática quando o fármaco é muito metabolizado no fígado.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar o médico

Resultados esperados: Que o procedimento seja realizado segundo as técnicas e obtenha o efeito desejado

Nº 046

Rotina	Setor
Auxílio na intubação orotraqueal	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Manter vias aéreas permeável em pacientes que não estão em condições de manter respiração adequada	

Material Necessário

01	Par de luva de procedimento	01	Ambu	01	Rede de vácuo
01	Laringoscópio	01	Máscara para ambu	01	Máscara descartável
01	Seringa de 20 ml	01	Rede de oxigênio	01	Cadarço;
01	Tubos endotraqueais adulto e infantil	01	Extensão de látex		
01	Fio guia	01	Par luva estéril		
01	Fixador de tubo	01	Sonda para aspiração		

Ações

01	Lavar as mãos;	10	Insuflar o cuff;
02	Testar o aparelho de laringoscópio;	11	Revezar no ambu;
03	Colocar luvas de procedimento;	12	Fixar a cânula com o cadarço;
04	Testar o cuff do tubo;	13	Verificar os sinais vitais;
05	Introduzir o fio guia na cânula;	14	Aspirar vias aéreas se necessário;
06	Oferecer máscara e luva esterilizada e óculos ao médico;	15	Conectar o tubo ao respirador;
07	Oferecer laringo e cânula ao médico plantonista;	16	Reunir e limpar a unidade
08	Verificar se as redes de oxigênio e vácuo estão funcionando;	17	Repor material
09	Deixar o ventilador pulmonar ligado e testado antes de ser colocado no	18	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 68 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

paciente	SP-DIR/001/2000).
----------	-------------------

Cuidados especiais e observações gerais:

Avaliar rigorosamente a saturação de oxigênio, avaliar expansão torácica, avaliar traumatismo de orofaringe, avaliar sangramento oral ou traqueal, avaliar fixação da cânula, avaliar perfusão periférica.

Ações em caso de não conformidade:

Em caso de traumatismo oral ou queda de dentes promover compressão local quando possível, retirar corpo estranho, seguir prescrição médica, verificar solicitação de avaliação da endoscopia/ broncoscopia, em caso de extubação, auxiliar o médico para melhor posicionamento da cânula e se necessário providenciar material urgente para uma nova intubação.

Resultados esperados: Que o procedimento seja realizado adequadamente, mantendo o paciente estabilizado o tempo necessário para sua estabilização hemodinâmica.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 69 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 047

Rotina	Setor
Extubação Traqueal	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Retirar o tubo para que o paciente respire sozinho	

Material Necessário

01	Par de luva de procedimento	01			
01	Gazes				
	Seringa de 20ml				
01	Sonda para aspiração				
01	Cateter ou máscara de oxigênio				
01					

Ações

01	Lavar as mãos;	10	Oferecer O2 com;
02	Reunir material;	11	Atentar para os sinais vitais;
03	Colocar as luvas;	12	Recolher material e desprezar;
03	Explicar o procedimento;	12	Recompor a unidade;
04	Desinsuflar o balote com a seringa de 20ml;	19	Retirar luvas;
05	Retirar o tubo com movimento único e lento;	20	Lavar as mãos;
06	Se presença de secreção, aspirar vias aéreas;	21	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Manter o paciente monitorizado ECG e oximetria

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 70 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: Se o paciente não conseguir manter respiração espontânea o material para uma nova intubação deve estar pronto para serem usados.

Resultados esperados: Que o paciente seja capaz de manter vias aéreas.

Nº 048

Rotina	Setor
Ventilação Mecânica	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Auxiliar o paciente a manter padrões respiratórios	

Material Necessário

01	Par de luvas	01			
02	Kit do respirador				
03	01 luva de procedimento				
04	Rede de o2				
05					
06					

Ações

01	Lavar as mãos;	10	Conecte o respirador ao tubo do paciente já com os parâmetros colocados pelo médico;
02	Abrir o kit para montar o respirador;	11	Recolha o material;
03	Monte o respirador e conecte na rede de O ₂ ;	12	Lave as mãos;
04	Coloque a luva de procedimento na ponta de conexão do kit do respirador que deverá conectar com o tubo;	19	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
05	Ligue o respirador para clicar;		
06	Observe se a luva enche e esvazia;		

Cuidados especiais e observações gerais: O respirador deve sempre sofrer manutenção preventiva, de preferência sempre deixá-lo montado, protegido e testado para prevenir algum imprevisto no momento da intercorrência

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 71 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: Se o respirador não funcionar sempre devemos ter outro de reserva que esteja funcionando

Resultados esperados: Que o respirador funcione adequadamente

Nº 049

Rotina	Setor
Instalação e controle de ventilação não-invasiva	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Proporcionar assistência ventilatória para melhorar a oxigenação e reduzir a retenção de CO ₂ , diminuir o trabalho respiratório e o metabolismo anaeróbico, sem que haja necessidade de Intubação orotraqueal.	

Material Necessário

01	Par de luvas	01	Capacete em casos de RNS		
01	Gerador de fluxo	01	SF 0,9%		
01	Cateter nasal				
01	Máscara facial				
01	Fonte de O ₂				
01	Fonte de ar comprimido				

Ações

01	Lavar as mãos Ligar a fonte de O ₂ ou ar comprimido Ajustar os parâmetros ventilatórios Iniciar o procedimento Investigar fuga aérea	06	Ligar a fonte de O ₂ ou ar comprimido
02	Explicar o procedimento e sua importância ao doente	07	Ajustar os parâmetros ventilatórios
03	Posicionar paciente no leito	08	Iniciar o procedimento
04	Adequar à interface a anatomia do paciente	09	Investigar fuga aérea
05	Montar o gerador de fluxo	10	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 72 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: VNI não deve ser iniciada em pacientes confusos, incapazes de cooperar e que apresentem instabilidade hemodinâmica, caracterizada pelo uso de aminas vasopressoras e arritmias complexas; Uso de O2 suplementar é necessário; Cuidados para evitar fuga aérea na interface;

Ações em caso de não conformidade: Caso o paciente não consiga manter os parâmetros adequados, comunicar o médico

Resultados esperados: Que o paciente consiga manter sinais vitais.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 73 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 050

Rotina	Setor
Auxílio na inserção do dreno de tórax	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Consiste em providenciar todo o material necessário para a drenagem de tórax, facilitando o atendimento de uma forma rápida e dinâmica, evitando assim a ocorrência de iatrogenias.	

Material Necessário

01	Par de luvas	01	Solução antisséptica	01	Óculos de proteção
01	Bandeja de pequena cirurgia,	01	Seringas de 10 ml descartável	01	Máscara descartável
01	Kit para drenagem de tórax	01	Lidocaína injetável		
01	Água destilada (frasco)	01	Fios de sutura		
01	Gazes	01	Lâmina de bisturi		
01	Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo	01	Avental estéril		

Ações

01	Higienizar as mãos;	10	Fazer curativo na inserção do dreno com soro fisiológico e solução antisséptica, diariamente. Anotar aspecto e presença de secreção se houver;
02	Providenciar o material para o procedimento e levá-lo até o paciente;	11	Marcar o nível original de líquido com uma fita adesiva aderida verticalmente ao lado externo do frasco de drenagem. Anotar a data, volume, hora e responsável pela troca;
03	Orientar o paciente quanto ao procedimento;	12	Manter o sistema sob a cama em nível sempre abaixo do tórax do paciente e em lugar seguro para não tombar;
04	Oferecer ao médico máscara, avental ou	13	Deixar o paciente em posição confortável;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 74 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	capote estéril e luvas estéreis;		
05	Posicionar o paciente de acordo com a indicação clínica, acomodando um coxim de apoio e expondo o lado a ser drenado;	14	Recolher o material, encaminhar ao expurgo e deixar a unidade em ordem;
06	Entregar o material a ser utilizado à medida que for solicitado pelo médico;	15	Higienizar as mãos;
07	Manter o frasco de drenagem previamente preparado com água destilada (até que a extremidade do dreno fique submersa 2 cm) para conexão do sistema de drenagem ao dreno;	16	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
08	Após introdução do dreno, auxiliar na conexão deste à extremidade distal do sistema, utilizando técnica asséptica		
09	Observar se ocorre oscilação, saída de sangue ou líquido pelo dreno ou borbulhas pela saída de ar;		

Cuidados especiais e observações gerais: • Ao mobilizar o paciente fora do leito, clampar o dreno e desclampeá-lo quando o paciente estiver posicionado, deixando o frasco de drenagem abaixo da caixa torácica.

- O volume drenado deve ser observado e medido ao término de cada plantão. O frasco de drenagem deve ser preenchido com soro fisiológico ou água esterilizada até atingir aproximadamente 2 cm do tubo de drenagem.
- Observar se há oscilação ou saída de sangue, líquido pelo copo ou borbulhas pela saída de ar.
- Encorajar o paciente a mudar de posição freqüentemente para promover a drenagem.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar a equipe médica em caso de obstrução e saída do dreno.

Resultados esperados: Que o paciente consiga manter sinais vitais adequados.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 75 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 051

Rotina	Setor
Aspiração de orofaringe	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Consiste em retirar a secreção das vias aéreas superiores.	

Material Necessário

01	Sonda aspiração estéril nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança)	04	Máscara		
02	Compressa gaze	05	Óculos de proteção		
03	Pares de luvas de procedimento				

Ações

01	Lavar as mãos;	06	Retirar as luvas;
02	Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração conectada ao sistema de aspiração à vácuo;	07	Lavar as mãos;
03	Calçar luvas de procedimentos;	08	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
04	Segurar a sonda de aspiração com mão dominante;		
05	Clampar a extensão de látex com a mão dominante, aspirar a cavidade oral e orofaringe até ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;		

Cuidados especiais e observações gerais: Instalar cânula de Guedel para facilitar o procedimento, usar sonda com calibre ideal para não lesar as vias aéreas do paciente

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 76 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: Atentar e solicitar avaliação médica**Resultados esperados:** Que a técnica seja realizada adequadamente sem efeitos indesejáveis**Nº 052**

Rotina	Setor
Cateterismo vesical de alívio	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiros e médicos
Finalidade É a introdução de um cateter, sem cuff por meio da uretra até a bexiga, para o esvaziamento momentâneo da urina.	

Material Necessário

01	Par de luvas de látex estéril	06	Campo fenestrado		
02	Sonda uretral estéril	07	Lençol		
03	Compressa gaze estéril	08	Frasco para coleta de urina s/n		
04	Clorexidina Dergermante	09	Xylocaína gel		
05	Bandeja de cateterismo				

Ações

01	Lavar as mãos;	09	Observar o retorno da urina;
02	Explicar procedimento ao paciente;	10	Retirar e desprezar o cateter ao término da drenagem;
03	Proporcionar privacidade;	11	Recolher o material;
04	Abrir bandeja de cateterismo e pacote de gazes;	12	Desprezar as luvas;
05	Calçar luvas estéreis;	13	Lavar as mãos;
06	Fazer assepsia com clorexidina dergermante;	14	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
07	Lubrificar a sonda de alívio com xylocaína gel;		
08	Introduzir no meato urinário o cateter vesical por aproximadamente 10cm;		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 77 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: - Promover o esvaziamento vesical na retenção urinária, - Verificar o volume residual, - Realizar coleta de amostra de urina para exames, - No caso de pacientes do sexo masculino, manter o prepúcio em posição anatômica, após cateter vesical, evitando se edema da glândula.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico

Resultados esperados: Que o procedimento seja realizado na técnica sem risco de contaminação e que promova todo o esvaziamento da bexiga

Nº 053

Rotina	Setor
Limpeza Terminal	Higiene e Limpeza
Responsável	Executante
Enfermeiro	Higiene e limpeza
Finalidade Proporcionar o bem-estar do cliente e diminuição de infecção.	

Material Necessário

01	Carrinho de banho ou bandeja	07	Cuba rim com panos de limpeza e escova		
02	Um balde	08	Papel toalha		
03	Um jarro com água	09	Recipiente para lixo		
04	Sabão	10			
05	Luvas de procedimento				
06	Bacia				

Ações

01	Soltar a roupa de cama e improvisar um hamper;	11	Limpar a metade proximal do colchão, inclusive a face lateral;
02	Colocar toda a roupa de cama no hamper;	12	Virar o travesseiro sobre a área limpa do colchão, limpar o outro lado e colocá-lo sobre a cadeira;
03	Desocupar a mesa de cabeceira e encaminhar o hamper ao destino adequado;	13	Passar para o outro lado e limpar a outra metade do colchão, inclusive a face lateral;
04	Lavar as mãos;	14	Colocar o colchão sobre a grade aos pés da cama, expondo a metade superior do estrado;
05	Preparar o material e levá-lo à unidade, colocando-o sobre a mesa de cabeceira;	15	Limpar a grade, estrado da cabeceira e molas;
06	Colocar o balde no chão sobre o papel toalha, próximo à mesa de cabeceira;	16	Virar o colchão apoiando-o sobre a grade da cabeceira de modo que a parte limpa do colchão fique em contato com a parte limpa da cama;
07	Afastar a cama da parede deixando	17	Limpar a grade aos pés da cama e o

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 78 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	espaço suficiente para realização da limpeza;		restante das molas e o estrado;
08	Colocar a quantidade necessária de água e sabão na bacia;	18	Colocar o colchão de modo que a parte suja fique para cima e proceder à limpeza do mesmo;
09	Limpar o suporte da solução e a cadeira, com exceção dos pés;	19	Limpar a parte inferior da bandeja e colocá-la sobre o colchão;
10	Limpar um dos lados do travesseiro e colocá-lo na metade distal do colchão;	20	Limpar a mesa de cabeceira, os pés das camas, da cadeira e do suporte do soro e, por último, a escadinha;
21	Manter a unidade em ordem e lavar o material utilizado;	22	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: - Seguir o princípio de execução da área limpa para área suja

- Evitar o contato da área suja com a limpa e vice-versa
- Prevenir infecção hospitalar
- Caso apresente líquidos ou fluidos corpóreos, primeiramente retirar o excesso com papel toalha ou similar e, após utilizar desinfetante
- Proceder à limpeza no sentido de cima para baixo, respeitando a lei da gravidade
- Não utilizar sabão e desinfetante simultaneamente, pois um inibe a ação do outro
- Utilizar preferencialmente movimentos da esquerda para direita, evitando passar o pano usado sobre uma superfície limpa
- Se houver mesa de alimentação, limpá-la antes da mesa-de-cabeceira

Ações em caso de não conformidade: - Caso o leito não esteja limpo adequadamente, realizar técnica novamente

- Caso os móveis e equipamentos estiverem danificados comunicar com o enfermeiro

Resultados esperados: - Manter a unidade limpa para a próxima internação

- Evitar a propagação de microrganismos

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 79 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 054

Rotina	Setor
Limpeza Concorrente	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade limpeza ou desinfecção da unidade do cliente reduzindo sujidade e infecção. Realizada após transferências, altas, internação prolongada	

Material Necessário

01	Bacia				
02	Água				
03	Sabão				
04	Jarro com água				
05	Panos de limpeza				
06	Papel toalha				

Ações

01	Proceder à limpeza das grades e lateral, travesseiro, parte do estrado que fica exposta, mesa-de-cabeceira, cadeira, pés da cama e escada, iniciando da área considerada mais limpa para mais suja e, preferencialmente, com movimentos da esquerda para direita, evitando passar o pano usado sobre uma superfície limpa;	02	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
----	--	----	--

Cuidados especiais e observações gerais: Preparar o material para limpeza concorrente da unidade de cada paciente, evitando a utilização do mesmo para a unidade de outros pacientes, pois isso acarretaria infecção cruzada

Ações em caso de não conformidade:

Resultados esperados:

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 80 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 055

Rotina	Setor
Cama Fechada	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Fianalidade Arrumar a cama antes do paciente ser admitido nela.	

Material Necessário

01	02 lençóis				
02	01 fronha				
03	01 cobertor				
04	01 toalha de banho				
05	01 toalha de rosto				
06	01 colcha				

Ações

01	Lavar as mãos;	09	Estender o lençol da cima colocando o barrado rente à cabeceira da cama, utilizando o mesmo método para abrir o lençol de baixo, porém, sem fixá-lo sob o colchão;
02	Preparar material;	10	Estender o cobertor a dois palmos da cabeceira e colocar a colcha sobre o cobertor;
03	Colocar cadeira com espaldar alinhado ao pé da cama e o assento voltado para fora;	11	Dobrar a parte superior de lençol de cima sobre a colcha e prender as roupas aos pés da cama, fazendo cantoneira;
04	Colocar a roupa de cama no espaldar da cadeira observando: -Ordem de colocação das roupas na cama: toalha de banho e rosto; lençol de baixo. -Técnica de dobradura: Lençol de baixo: verificar se lado direito do lençol está voltado para cima e barrado aos pés da cama. Dobrar o lençol	12	Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na metade da cabeceira que já está pronta;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 81 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	duas vezes no sentido longitudinal e uma vez no transversal e colocar na cadeira de modo que as bordas longitudinais fiquem voltadas para dentro e para a cama Lençol de cima: a dobradura é igual, porém deve-se observar que o avesso esteja para cima;		
05	Afastar mesa de cabeceira;	13	Colocar a mesa-de-cabeceira e a cadeira no lugar;
06	Colocar o lençol de baixo no quadrante superior do colchão;	14	Passar por o lado oposto e completar a arrumação da cama, puxando peça por peça, seguindo a mesma técnica do lado já feito;
07	Desdobrar o lençol para os pés da cama e abri-lo, cobrindo a metade proximal do colchão;	15	Colocar o travesseiro no lugar;
08	Prender o lençol sob o colchão, fazendo as cantoneiras na cabeceira e nos pés da cama, priorizando a cobertura da cabeceira;	16	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Antes de montar o leito verificar se o mesmo foi limpo

Ações em caso de não conformidade:

Resultados esperados: Manter o leito pronto para internação do paciente

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 82 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 056

Rotina	Setor
Cama aberta sem paciente	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Arrumar a cama do paciente que se locomove.	

Material Necessário

01	02 lençóis	07	Água		
02	01 fronha	08	Sabão		
03	01 cobertor	09	Pano de limpeza		
04	01 toalha de banho				
05	01 toalha de rosto				
06	01 colcha				

Ações

01	Soltar a roupa da cama, iniciando pelo lado esquerdo da mesma e utilizando movimentos amplos e firmes;	05	Retirar o hamper com a roupa suja e levá-lo para o expurgo ou local apropriado;
02	Ao chegar aos pés da cama, colocar a cadeira do lado direito, da mesma maneira anteriormente descrita;	06	Fazer a limpeza concorrente ou terminal, conforme necessidade;
03	Soltar o restante da roupa de cama e afastar a mesa-de-cabeceira;	07	Deixar o travesseiro sobre o assento da cadeira;
04	Colocar a roupa suja dentro do hamper;	08	Proceder à arrumação da cama seguindo o método da cama fechada;
09	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).		

Cuidados especiais e observações gerais: Manter unidade organizada

-

Ações em caso de não conformidade:**Resultados esperados:**

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 83 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 057

Rotina	Setor
Cama aberta com paciente	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Arrumar a cama para o paciente que não consegue se locomover	

Material Necessário

01	02 lençóis				
02	01 Fronha				
03	01 Toalha de banho				
04	01 Toalha de rosto				
05	01 Colcha				
06					

Ações

01	Orientar o paciente sobre o procedimento;	12	Virar o paciente de modo que fique sobre o lençol limpo, em decúbito lateral;
02	Lavar as mãos;	13	Remover o restante do lençol usado, colocá-lo no hamper e proceder à limpeza do restante do colchão;
03	Preparar o material necessário;	14	Puxar com cuidado o lençol de baixo, esticá-lo e fixá-lo sob o colchão;
04	Preparar o ambiente com biombo, se necessário;	15	Colocar o paciente em posição confortável;
05	Colocar a roupa no espaldar da cadeira na ordem de uso;	16	Dobrar o lençol de cima usado longitudinalmente, tendo o cuidado de não expor o paciente. Colocar o lençol de cima limpo com a técnica já conhecida e estende- lo sobre o paciente, simultaneamente retirando o lençol usado;
06	Soltar as roupas de cama da maneira descrita anteriormente;	17	Colocar o cobertor e a colcha e fixa- los conforme descrição anterior;
07	Afastar a mesa-de-cabeceira e improvisar o hamper;	18	Retirar a fronha, fazer a limpeza do travesseiro e colocar a fronha limpa;
08	Retirar o cobertor, dobrá-lo e colocá-lo no	19	Deixar o paciente confortável e limpar a

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 84 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	espaldar ou assento da cadeira;		mesa-de-cabeceira;
09	Colocar o paciente em decúbito lateral observando sua segurança e dobrar o lençol da parte de baixo para o centro do colchão;	20	Levar a roupa usada para o expurgo ou local apropriado;
10	Fazer limpeza concorrente da parte do colchão que ficou descoberta;	21	Fazer a limpeza concorrente da mobília do paciente conforme a técnica descrita anteriormente;
11	Colocar o lençol de baixo conforme descrito anteriormente, fixando-o sob o colchão;	22	Lavar as mãos;
23	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).		

Cuidados especiais e observações gerais:**Ações em caso de não conformidade:****Resultados esperados:**

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 85 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 58

Rotina	Setor
Decúbito dorsal para lateral direito 1º método	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É o processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitações físicas.	

Material Necessário

Não se aplica				
---------------	--	--	--	--

Ações

01	Lavar as mãos;	10	Colocar uma das mãos no ombro e a outra no quadril do paciente e virá-lo delicadamente para o lado direito;
02	Orientar o paciente sobre o procedimento;	11	Colocar um travesseiro apoiando a cabeça, pescoço e ombros, outro amparando as costas e outro entre os membros inferiores;
03	Dobrar em leque a colcha e o lençol de cima até a altura dos pés;	12	Colocar o braço esquerdo de modo que não pressione o tórax;
04	Posicionar uma pessoa de cada lado do paciente;	13	Prender o lençol;
05	Soltar o lençol móvel o lençol;	14	Cobrir o paciente;
06	Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximas do paciente;	15	Deixar a unidade em ordem;
07	Executar a técnica da seguinte maneira: ambos seguram o lençol na altura do ombro e do terço superior da coxa;	16	Lavar as mãos;
08	Colocar o paciente para o lado esquerdo da cama com movimentos sincronizados;	17	Checar a prescrição de enfermagem;
09	Colocar o braço esquerdo do paciente sobre o tórax, o direito semiflexionado e abduzido sobre o leito e flexionar o joelho esquerdo;	18	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 86 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: Atentar para áreas de proeminências ósseas, presença de fadiga, manutenção muscular.

Ações em caso de não conformidade: Conversar com o paciente a melhor posição para ele.

Resultados esperados: Que o paciente permanece numa posição mais confortável possível.

Nº 059

Rotina	Setor
Decúbito dorsal para lateral direito 2º método	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É o processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitações físicas.	

Material Necessário

Não se aplica				
---------------	--	--	--	--

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Colocar um travesseiro apoiando a cabeça, pescoço e ombro, outro amparando as costas e um terceiro entre os membros inferiores;
02	Orientar o paciente sobre o procedimento;	09	Posicionar o braço esquerdo do paciente de modo que não pressione o tórax;
03	Dobrar em leque a colcha e o lençol de cima até a altura dos pés;	10	Cobrir o paciente;
04	Executar a técnica da seguinte maneira: as duas pessoas devem posicionar-se ao lado esquerdo do paciente: 1ª pessoa: Colocar o braço direito sob o ombro do paciente, apoiando a cabeça, e o braço esquerdo sob a região lombar. 2ª pessoa: Colocar o braço direito sob a região lombar e o esquerdo sob o terço superior da coxa;	11	Deixar a unidade em ordem;
05	Colocar o paciente para o lado esquerdo da cama com movimentos sincronizados;	12	Lavar as mãos;
06	Colocar o braço esquerdo do paciente sobre o tórax, o direito semiflexionado e abduzido sobre o leito e flexionar o joelho esquerdo;	13	Checar a prescrição de enfermagem;
07	Colocar uma das mãos no ombro e a	14	Realizar anotação de enfermagem, assinar

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 87 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

outra no quadril do paciente e virá-lo delicadamente para o lado direito;	e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
---	---

Cuidados especiais e observações gerais: Atentar para áreas de proeminências ósseas, presença de fadiga, manutenção muscular.

Ações em caso de não conformidade: Conversar com o paciente a melhor posição para ele.

Nº 060

Resultados esperados: Que o paciente permanece numa posição mais confortável possível.

Rotina	Setor
Decúbito Ventral	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

Material Necessário

Não se aplica				
---------------	--	--	--	--

Ações

01	Seguir a mesma técnica do decúbito dorsal, apenas posicionando os braços e as pernas em extensão e mantendo os ombros superiores junto ao corpo. Após posicionamento em decúbito ventral lateralizar a cabeça e colocar o paciente no meio do leito, de acordo com a técnica já descrita anteriormente;	02	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
----	---	----	--

Cuidados especiais e observações gerais: Atentar para áreas de proeminências ósseas, presença de fadiga, manutenção muscular.

Ações em caso de não conformidade: Conversar com o paciente a melhor posição para ele.

Resultados esperados: Que o paciente permanece numa posição mais confortável possível.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 88 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 061

Rotina	Setor
Higiene Oral (paciente impossibilitado de cuidar de si próprio)	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Manter um hálito puro e dentes saudáveis	

Material Necessário

01	Par de luvas	05	Creme dental ou similar		
02	Escova de dentes ou espátula e gaze.	06	Cuba-rim ou similar		
03	Copo com água	07	Toalha de rosto		
04	Canudinho	08	Lubrificante, se necessário		

Ações

01	Orientar o paciente sobre o procedimento, observando as condições da cavidade oral;	10	Oferecer água para o paciente bochechar e enxaguar a boca; se necessário, usar canudinho;
02	Lavar as mãos;	11	Orientar o paciente para que deixe escorrer a água na cuba-rim, por um dos cantos da boca;
03	Preparar o material;	12	Retirar a cuba-rim e enxugar a boca com a toalha de rosto;
04	Erguer a cabeceira da cama e solicitar ao paciente para sentar-se;	13	Lubrificar os lábios, se necessário;
05	Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente;	14	Enxaguar a escova de dente, secá-la e guardá-la;
06	Colocar a cuba-rim próximo ao rosto do paciente;	15	Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
07	Umedecer a escova na água e colocar quantidade suficiente de creme dental. Na falta de escova, umedecer a gaze envolta na espátula com solução	16	Lavar as mãos;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 89 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	antisséptica aproximadamente 25 %;		
08	Escovar a face anterior e posterior dos dentes no sentido gengiva- dente;	17	Na prescrição de enfermagem, anotar horário e condições da cavidade oral;
09	Escovar a língua evitando feri-la e provocar náuseas;	18	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Para não causar ferimento nas gengivas**Ações em caso de não conformidade:** Repetir o procedimento**Resultados esperados:** Que o paciente fique com a boca e dentes limpos.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 90 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 062

Rotina	Setor
Higiene Oral (paciente inconsciente)	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Manter um hálito puro e dentes saudáveis	

Material Necessário

01	Par de luvas				
02	01 Espátula e gaze				
03	Copo com solução antisséptica (aproximadamente 25% ou bicarbonato de sódio a 2%)				
04	Recipiente para lixo				
05	Toalha de rosto				
06	Lubrificante				

Ações

01	Informar ao paciente sobre o procedimento, observando as condições da cavidade oral;	07	Abrir a boca do paciente com o auxílio da mão enluvada e, delicadamente, friccionar a espátula envolta em gaze nos dentes, gengiva e língua;
02	Lavar as mãos;	08	Repetir a limpeza quantas vezes for necessário, trocando as gazes;
03	Preparar o material;	09	Secar os lábios e lubrificá-los;
04	Lateralizar a cabeça do paciente ou elevar a cabeceira, se não houver contraindicação;	10	Retirar a toalha de rosto, deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
05	Colocar a toalha sobre o tórax do paciente;	11	Lavar as mãos;
06	Envolver a gaze na espátula e umedecê-la com solução antisséptica;	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000). Na prescrição de enfermagem, anotar horário, reação do

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 91 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			paciente e condições da cavidade bucal.
--	--	--	---

Cuidados especiais e observações gerais: Cuidados com a Bronco aspiração**Ações em caso de não conformidade:** Buscar outro método**Nº 063****Resultados esperados:** Consiga fazer a higiene adequada

Rotina	Setor
Higiene Intima feminina	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Eliminar odores, o asseio previne infecções e a proliferação de fungos, sobretudo nas mulheres, que têm anatomia genital mais recolhida.	

Material Necessário

01	Par de luvas	07	Cuba- rim ou similar		
02	Biombo	08	Luva de banho		
03	Comadre forrada	09	Bolas de algodão		
04	Jarro com água morna	10	Se necessário, papel higiênico e recipiente para lixo.		
05	Toalha de banho ou rosto				
06	Sabonete				

Ações

01	Lavar as mãos;	12	Com a luva de banho, ensaboar a face interna das coxas e a região genital e perianal;
02	Orientar a paciente sobre o procedimento, observando as condições de higiene;	13	Enxaguar as regiões citadas anteriormente;
03	Preparar o material;	14	Separar com uma das mãos os grandes lábios, ensaboando-os com auxílio de algodão, fazendo movimentos de cima para baixo;
04	Preparar o ambiente cercando o leito com o biombo;	15	Utilizar outra bola de algodão para proceder à limpeza do vestíbulo vaginal, observando as condições do clitóris e dos orifícios (meato uretral, vaginal e

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 92 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			glândulas);
05	Disponer o material de modo que facilite o procedimento;	16	Lavar o ânus e região perianal por último. Utilizar movimentos delicados e trocar as bolas de algodão quantas vezes for necessário;
06	Dobrar a roupa de cama até a altura dos joelhos;	17	Enxaguar irrigando;
07	Colocar a toalha transversalmente sobre a região pubiana;	18	Retirar a comadre e enxugar com a toalha;
08	Calçar as luvas de procedimento;	19	Deixar a paciente confortável e a unidade em ordem;
09	Colocar a parte mais achatada da comadre forrada sob as nádegas;	20	Fazer limpeza dos materiais e guardá-los;
10	Pedir à paciente para fletir as pernas mantendo-as separadas, e protegidas com o lençol;	21	Lavar as mãos;
11	Irrigar a face interna das coxas, genital e perianal;	22	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Observar qualquer anormalidade, lesão do corpo durante o procedimento

Ações em caso de não conformidade: Qualquer anormalidade comunicar com o médico

Resultados esperados: Que a paciente tenha uma higiene adequada.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 93 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 064

Rotina	Setor
Curativo em ferida cirúrgica limpa	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade	

Material Necessário

01	Par de luvas	07	EPI		
02	Par de luvas estéril	08	Saco plástico para resíduos infectantes		
03	Um frasco de SF 0,9%	09	Pacote de gazes		
04	Pacote de curativo				
05	Esparadrapo ou micropore				
06	Atadura crepon				

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Aplicar a gaze umedecida na ferida em um único sentido, repetindo por três vezes;
02	Comunicar ao procedimento ao paciente;	09	Secar a ferida operatória quando utilizar SF 0,9%;
03	Calçar luva de procedimento;	10	Retirar as luvas;
04	Retirar o curativo anterior;	11	Colocar o resíduo no saco plástico;
05	Lavar as mãos;	20	Lavar as mãos;
06	Abrir o pacote de curativo;	21	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
07	Umidificar a casa com SF 0,9%;		

Cuidados especiais e observações gerais: Evitar contaminação de feridas limpas, - Facilitar a cicatrização, - Reduzir a infecção nas lesões contaminadas,- Absorver secreções facilitar a drenagem de secreções, promover hemostasia com os curativos compressivos,- Manter o contato com medicamentos junto a ferida e promover conforto para o paciente

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 94 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Ações em caso de não conformidade: A ferida somente será coberta com gaze e micropore a critério médico. Orientar a paciente a lavar o local com água corrente e sabonete neutro

Resultados esperados: Que lesão cicatrize corretamente.

Nº 065

Rotina	Setor
Curativo de ferida aberta	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
É o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade.	

Material Necessário

01	Par de luva de procedimento	07	03 pacotes de gazes estéreis		
02	Par de luva estéril	08	01 pacote de compressa estéril s/n		
03	01 frasco de SF 0,9%	09	Esparadrapo ou micropore		
04	01 agulha 40x12	10	Atadura crepon s/n		
05	01 seringa de 20ml	11	EPI		
06	01 pacote de curativo	12	Saco plástico para resíduos infectantes		

Ações

01	Lavar as mãos;	11	Aplicar curativo primário conforme prescrição médica
02	Comunicar o procedimento que será realizado para o cliente;	12	Em seguida aplicar curativo secundário com gazes ou compressas para ocluir;
03	Calçar luva de procedimento;	13	Fixar com esparadrapo ou micropore
04	Retirar o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze com SF 0,9%;	14	Retirar as luvas
05	Abrir SF 0,9% conectando a agulha e seringa na entrada do frasco	15	Colocar o resíduo(lixo) no saco plástico e desprezar no expurgo
06	Calçar luva estéril	16	Observar reações do cliente
07	Realizar a limpeza da lesão, utilizando SF 0,9% em jato, ou utilizar a seringa com agulha	17	Lavar as mãos
08	Realizar limpeza e remoção de secreções,	18	Realizar anotação de enfermagem, assinar

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 95 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	tecidos desvitalizados e corpos estranhos do leito da ferida, evitando assim traumas mecânicos;		e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
09	Secar somente a pele ao redor da ferida;		
10	Não secar o leito da ferida;		

Cuidados especiais e observações gerais: - Facilitar a cicatrização, - reduzir a infecção da lesão,- Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções,promover a hemostasia com os curativos compressivos,- Manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente

Ações em caso de não conformidade: Caso observe uma piora na lesão o médico deve ser comunicado e fazer a substituição do produto utilizado na lesão

Resultados esperados: Que a lesão cicatrize adequadamente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 96 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 066

Rotina	Setor
Alta do paciente	Enfermagem
Responsável	Executante
Médico, Enfermeiro	Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem
Finalidade É a finalização do período de internação que ocorre pela melhora do paciente ou óbito	

Material Necessário

01	Prontuário do paciente				
02	Receituário médico				
03	Resumo de alta com todas as informações pertinentes				
04	Presença de um familiar ou responsável				

Ações

01	Entregar e explicar ao paciente o resumo de alta;	04	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
02	Orientar sobre dieta, retorno, complicações e uso de equipamentos temporários ou realização de curativos		
03	Informar a alta ao serviço de portaria e serviço de nutrição		

Cuidados especiais e observações gerais: Otimizar a alta do paciente sistematizando o atendimento.**Ações em caso de não conformidade:**

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 97 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Resultados esperados: O procedimento deverá ser realizado pelo médico. À equipe de enfermagem cabe a realizar as orientações pertinentes e contactar os setores do hospital para dar os encaminhamentos necessários à saída dos pacientes e seus familiares.

Nº 067

Rotina	Setor
Aspiração traqueal de pacientes intubados e traqueostomizados sistema aberto	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapia
Finalidade	
É a retirada passiva de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia de forma asséptica, por meio de um cateter conectado a um sistema de sucção	

Material Necessário

01	Par de luvas estéreis	07	Aspirador portátil ou rede vácuo		
02	SF 0,9% frasco de 100ml	08	Gazes estéreis		
03	Água destilada de 500ml	09	Máscara descartável		
04	Seringa de 10ml	10	Extensão de silicone esterilizada		
05	Cateter para aspiração nº 12 ou 14	11	AD 2 ampolas		
06	Óculos de proteção				

Ações

01	Lavar as mãos	12	Ligar a fonte de sucção com a mão esquerda e desconectar o respirador ou a macronebulização
02	Reunir todo material	12	Estimular o reflexo da tosse
03	Explicar todo procedimento ao paciente	13	Introduzir o cateter de aspiração no tubo ou na cânula traqueal, sem sucção até o ponto de resistência
04	Proteger os olhos dos pacientes de secreções	14	Retirar o cateter de aspiração com movimentos circulares suaves
05	Elevar decúbito de 30° à 40°	15	Manter o cateter por um tempo máximo de

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 98 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			15 segundos
06	Colocar máscara e óculos de proteção	16	Instilar AD conforme característica da secreção
07	Testar o funcionamento do aspirador	17	Repetir as aspirações quantas vezes forem necessárias, sempre intercalando com a ventilação do paciente
08	Aspirar numa seringa de 2 a 5 ml de AD	18	Desconectar o cateter da fonte de aspiração
09	Abrir a embalagem do cateter de aspiração, de forma a expor apenas a parte que será conectada ao tubo de silicone	19	Lavar o sistema de aspiração com água destilada
10	Calçar luva estéril	20	Desligar o aspirador com a mão menos contaminada
11	Retirar o invólucro com a mão esquerda, segurando a sonda com a mão direita;	21	Proteger a extremidade da fonte de sucção com o invólucro do cateter de aspiração ou gaze
		22	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: - Interromper a infusão de dieta antes de iniciar a aspiração.

- Evitar broncoaspiração;
- Proporcionar uma ventilação eficaz.
- o calibre da sonda não deve ser superior à metade do diâmetro das cânulas
- Para melhor eficácia na aspiração, a cabeça do cliente deve ser tracionada para direita, para aspirar o brônquio esquerdo e, ao contrário para o direito, com cuidado para não deslocar a cânula endotraqueal
- O frasco de aspiração e o intermediário devem ser limpos e mantidos o nível de água
- O tempo de aspiração deve ter a duração média de 10 a 15 segundos
- Quando houver secreção espessa e difícil de ser retirada, podem ser instilados de 2 a 3 ml de S.F. com frasco de 10ml e aspirados imediatamente.

Ações em caso de não conformidade: Refazer todo o procedimento até que o paciente consiga manter um padrão respiratório.

Resultados esperados: Manter as vias aéreas livres e permeáveis garantindo uma ventilação e oxigenação adequada a fim de prevenir complicações no quadro clínico e geral do paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 99 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 068

Rotina	Setor
Avaliação pupilar	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Avaliação do padrão pupilar consiste em avaliar o tamanho das pupilas, sua simetria e presença de reflexo foto motor	

Material Necessário

01	Lanterna Clínica				
----	------------------	--	--	--	--

Ações

01	Deve ser realizado independente do nível de consciência	05	Avaliar e classificar
02	Informar ao paciente o procedimento	06	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
03	Fechar os olhos do paciente por alguns segundos		
04	Abrir os olhos e com a lanterna clínica incidir a luz diretamente sobre cada uma das pupilas por alguns segundos		

Cuidados especiais e observações gerais: A avaliação pupilar deve ser utilizada em toda avaliação neurológica, com intervalos regulares, principalmente nos pacientes que possuem patologias neurológicas, politraumatizados com TCE e em pós-operatório imediato de cirurgias neurológicas, estes devem ser avaliados de hora em hora nas primeiras 12 horas.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico

Resultados esperados: - Contribuir para o diagnóstico diferencial entre os quadros metabólicos (hipernatremia, uremia etc.) e os originados por lesões estruturais do SNC;
- Detectar presença e a localização de doenças de tronco cerebral que levam ao coma;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 100 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

- Identificar sofrimento do SNC, aumento da PIC, edemas cerebrais, isquemias, hematomas, hidrocefalias etc.;
- Favorecer intervenção imediata clínica e/ou cirúrgica que possam evitar sequelas, danos indesejáveis e morte encefálica.

❖ Classificação:

- **Isocórica:** pupilas com diâmetros iguais;
- **Anisocorias:** uma pupila maior do que a outra provável lesão no cérebro (no lado inverso da pupila dilatada)
- **Midríase:** pupila dilatada
- **Miose:** pupila contraída. Provável choque anafilático (overdose, intoxicação, uso de anestésicos cirúrgicos etc.
- **Foto reagentes:** quando reage à exposição da luz contraído –se é dilatando no escuro.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 101 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 069

Rotina	Setor
Cateterismo vesical de demora feminino	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro
Finalidade É um procedimento invasivo que consiste na introdução de uma sonda ou cateter através da uretra na bexiga para remoção da urina	

Material Necessário

01	Par de luvas estéril	07	Sistema fechado para diurese		
02	Bandeja de cateterismo	08	01 tubo de xylocaína gel		
03	AD 2 ampolas de 10 ml	09	PVPI OU clorexidina aquosa		
04	01 seringa de 20ml	10	Esparadrapo		
05	01 sonda vesical de demora	11	01 saco de lixo		
06	Par de luva de procedimento	12	2 pacotes de gaze		

Ações

01	Lavar as mãos;	09	Preparar o sistema fechado para diurese conectando-se a sonda vesical de demora;
02	Reunir o material;	10	Introduzir a sonda lubrificada com xylocaína no meato urinário até a saída de urina, insuflar o balonete se for sondar Foley com água destilada com o volume identificado na sonda;
03	Explicar para o paciente o procedimento;	11	Fixar a sonda na coxa do paciente com esparadrapo;
04	Manter a privacidade do paciente;	12	Retirar as luvas e reunir o material utilizado
05	Posicionar o paciente, no caso de as	13	Colocar o resíduo em saco plástico e

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 102 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	mulheres colocar em posição ginecológica;		desprezar no expurgo
06	Abrir o pacote de cateterismo e gazes e em seguida calçar as luvas estéreis;	14	Lavar as mãos
07	Nas mulheres realizar a antsepsia da região pubiana, grandes lábios com a gaze embebida com solução antisséptica e colocar o campo fenestrado; entreabrindo os pequenos lábios e fazer a antsepsia do meato uretral, sempre no sentido uretra – ânus, levando em consideração que a mão de contato com esta região é contaminada e não deve voltar para o campo ou sonda;	15	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
08	Testar o balonete da sonda no caso de sonda foley com ar na seringa;		

Cuidados especiais e observações gerais: - Obtenção de urina asséptica para exames, - Esvaziar a bexiga em pacientes com retenção urinária, em preparo cirúrgico e mesmo pós-operatório, - Monitorizar débito urinário e em pacientes inconscientes, - Determinação de urina residual ou com bexiga neurogênica que não possuem um controle esfinteriano adequado

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico, repetir o procedimento

Resultados esperados: Que o procedimento seja realizado com técnica asséptica evitando infecção do trato urinário, nunca elevar a bolsa coletora acima do nível vesical, fazer limpeza completa duas vezes por dia no meato uretral, nunca desconectar o sistema de drenagem fechado, realizar troca da sonda na vigência de sinais flogísticos, sangramento Peri-uretral, contaminação do coletor, presença de grumos no coletor, dor ou ardência na uretra.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 103 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 070

Rotina	Setor
Cateterismo de demora masculino	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro
Finalidade É um procedimento invasivo que consiste na introdução de uma sonda ou cateter através da uretra na bexiga para remoção da urina.	

Material Necessário

01	Par de luvas estéril	07	Sistema fechado para diurese		
02	Pacote de cateterismo	08	Gel de xylocaína		
03	2 ampolas de AD	09	PVPI ou clorexidina alcoólica		
04	01 seringa de 20 ml	10	Esparadrapo ou micropore		
05	01 sonda Foley	11	01 saco de lixo		
06	01 par de luva de procedimento				

Ações

01	Lavar as mãos;	16	Colocar o campo fenestrado;
02	Explicar o procedimento para o paciente;	17	Testar o cuff da sonda com ar;
03	Promover a privacidade do paciente;	18	Preparar o sistema fechado, conectando-o na sonda foley
04	Colocar o paciente em decúbito dorsal;	19	Lubrificar a sonda com xilocaína;
05	Abrir pacote de cateterismo vesical expondo o material estéril;	20	Introduzir a sonda vesical
06	Colocar o antisséptico na cuba redonda;	21	Encher o cuff com 20ml de AD
07	Abrir o pacote da sonda e colocá-la sobre o campo estéril;	22	Retirar o campo fenestrado;
08	Colocar a xilocaína e a gazes na cuba	23	Retirar as luvas;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 104 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	rim;		
09	Calçar luva estéril;	24	Posicionar o sistema fechado na parte lateral da cama, abaixo do nível do paciente;
10	Lubrificar a ponta da sonda com xilocaína	25	Fixar a sonda na parte lateral da coxa ou na região inferior da parede abdominal com esparadrapo
11	Pegar uma gaze embebida com a solução antisséptica com o cherron;	26	Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
12	Fazer antisepsia do meato urinário;	27	Retirar as luvas e reunir o material;
13	Fazer a antisepsia da glândula tracionando o prepúcio para baixo com movimentos circulares, começando a partir do meato urinário;	28	Colocar o resíduo no lixo e desprezar no expurgo;
14	Fazer a antisepsia do corpo do pênis, no sentido longitudinal, de cima para baixo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;	29	Lavar as mãos
15	Fazer a antisepsia da região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme após desprezar a gaze;	30	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000

Cuidados especiais e observações gerais: - Obtenção de urina asséptica para exames, - Esvaziar a bexiga em pacientes com retenção urinária, em preparo cirúrgico e mesmo pós-operatório, - Monitorizar débito urinário e em pacientes inconscientes, - Determinação de urina residual ou com bexiga neurogênica que não possuem um controle esfinteriano adequado.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico, repetir o procedimento

Resultados esperados: Que o procedimento seja realizado com técnica asséptica evitando infecção do trato urinário, nunca elevar a bolsa coletora acima do nível vesical, fazer limpeza completa duas vezes por dia no meato uretral, nunca desconectar o sistema de drenagem fechado, realizar troca da sonda na vigência de sinais flogísticos, sangramento Peri-uretral, contaminação do coletor, presença de grumos no coletor, dor ou ardência na uretra.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 105 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 071

Rotina	Setor
Colocação do dispositivo urinário	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Controle do volume urinário e proteger a região perineal do contato com a urina em pacientes com incontinência urinária	

Material Necessário

01	Material para higiene íntima do paciente	05	Frasco coletor com intermediário para coleta da urina		
02	Aparelho de tricotomia	06	Esparadrapo		
03	Luas de procedimento				
04	Dispositivo de incontinência urinária				

Ações

01	Lavar as mãos;	12	Fixar com esparadrapo de forma circular, porém sem apertar muito o corpo do pênis
02	Explicar o procedimento para o paciente;	13	Adaptar o dispositivo ao intermediário;
03	Posicionar o paciente em decúbito dorsal;	14	Observar a drenagem da urina no frasco;
04	Assegurar a privacidade do paciente;	15	Manter o paciente confortável;
05	Calçar luva de procedimento;	16	Manter a unidade do paciente em ordem;
06	Cortar excesso de pelos;	17	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000
07	Examinar o estado do pênis;		
08	Realizar higiene íntima masculina;		
09	Segurar o corpo do pênis com a mão não dominante, enquanto a mão dominante segura o dispositivo na ponta e		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 106 de 131
Elaborado por Enfermeira Daniela Batista		Aprovado e Revisado por Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	delicadamente desenrola sobre o mesmo (no sentido da glândula para o corpo do pênis);		
10	Deixar um espaço de 2 a 5 cm entre a ponta da glândula e a extremidade do dispositivo;		

Cuidados especiais e observações gerais: -Trocar o dispositivo diariamente ou sempre que for necessário, a cada troca observar a integridade cutânea da pele do pênis,

Ações em caso de não conformidade: Em caso de fixação muito apertada (garroteamento do pênis) deve-se retirar o dispositivo e comunicar ao enfermeiro/ médico

Resultados esperados: Conseguir fazer o controle da diurese do paciente e preservar a região perineal.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 107 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 072

Rotina	Setor
Encaminhamento do paciente para o Centro Cirúrgico	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
Encaminhar o paciente para o centro cirúrgico sem danos ao mesmo	

Material Necessário

01	Prontuário do paciente	03	Estetoscópio e oxímetro	05	Cadeiras de roda ou maca
02	Termômetro	04	Máscara e luvas		

Ações

01	Comunicar ao paciente o seu encaminhamento com segurança e tranqüilidade;	10	Verificar e anotar sinais vitais;
02	Organizar o prontuário, conferindo os exames;	11	Conferir termo de autorização ou responsabilidade, quando necessário;
03	Verificar prescrição médica e de enfermagem	12	Encaminhar paciente em cadeiras de roda ou maca;
04	Conferir jejum, banho com sabão neutro, tricotomia e vestimentas;	13	Lavar as mãos;
05	Orientar que o paciente urine antes de ir para CC;	14	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000

Cuidados especiais e observações gerais: Evitar atrasos no percurso ao CC; verificar se o paciente está sendo encaminhado sem prótese e/ou adornos.

Ações em caso de não conformidade: Em caso de alterações dos SSVV, quebra de jejum, falta de exames, ou termos de autorização e responsabilidades

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 108 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Resultados esperados: Que a cirurgia do paciente ocorra com segurança e tranqüilidade.**Nº 073**

Rotina	Setor
Lavagem intestinal	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Consiste na introdução de uma sonda através do ânus, até que atinja a parte terminal do intestino grosso para instalação de certa quantidade de solução	

Material Necessário

01	Bandeja ou cuba rim	06	Gazes	10	Biombo
02	Solução prescrita (água morna, glicerina, SF0,9%, fleet enema	07	Papel higiênico	11	Pinça para fechar o intermediário
03	Sonda retal com numeração adequada	08	Comadre	12	Suporte para soro s/n
04	Xilocaína gel	09	Luva de procedimento		

Ações

01	Lavar as mãos;	14	Após o término da infusão retire a sonda;
02	Conferir prescrição médica;	15	Proporcionar fechamento mecânico, apertando suavemente as nádegas de forma que a solução não retorne de imediato;
03	Separar a medicação;	16	Posicionar a comadre no paciente em decúbito dorsal
04	Levar o material na bandeja até o paciente;	17	Manter a comadre sob o paciente, o tempo necessário para esvaziamento intestinal;
05	Cercar a cama com biombos, proteger o colchão com impermeável e lençol móvel;	18	Observar o resultado da lavagem;
06	Comunicar ao paciente o procedimento;	19	Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
07	Calçar luva de procedimento;	20	Retirar luvas de procedimentos;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 109 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

08	Retirar o ar da sonda e do intermediário;	21	Colocar novas luvas de procedimento;
09	Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com a perna esquerda estendida e a direita fletida (posição de Sims)	22	Auxiliar na higiene íntima do paciente;
10	Lubrificar a ponta da sonda com xilocaína gel;	23	Ajudar paciente se vestir;
11	Entre abrir as nádegas com o papel higiênico;	24	Posicionar o paciente confortavelmente;
12	Orientar para respirar fundo e introduzir a sonda cerca de 7 a 10 cm no adulto e 5cm na criança;	25	Retirar as luvas e lavar as mãos
13	Apertar todo o recipiente até que toda solução seja instalada e pedir para o paciente segurar	26	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000

Cuidados especiais e observações gerais: Facilitar o esvaziamento da ampola retal através da evacuação, aliviando a constipação ou para preparo de exames diagnósticos, não força a introdução da sonda, caso haja resistência retire-se verifique se a mesma não estava dobrada ou se há fecalomas no trajeto ou troque-a por um número menor, deve se evitar solução fria que provoca espasmos violentos da musculatura intestinal.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico.

Resultados esperados: Aliviar a constipação intestinal.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 110 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 074

Rotina	Setor
Lavagem Vesical	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Instilação de solução estéril, com a função de retirar material acumulado da sonda vesical de demora, prevenindo a distensão e na formação de urina estagnada.	

Material Necessário

01	Seringa de 60 ml urológica estéril	03	Luvas estéreis	05	Álcool à 70%
02	Frasco de AD de 500 ml	04	Gazes estéreis	06	Bandeja para lavagem vesical

Ações

01	Lavar as mãos e reunir material;	11	Aspirar ao conteúdo injetado;
02	Levar o material até a unidade do paciente;	12	Desprezar o conteúdo na outra cuba rim;
03	Explicar ao paciente o que será feito;	13	Repetir o procedimento quantas vezes forem necessários, até desobstruir a sonda;
04	Fazer a desinfecção da ponta terminal da sonda e da ponta inicial do sistema coletor de diurese, com álcool à 70%;	14	Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
05	Abrir a bandeja de para lavagem vesical	15	Retirar as luvas;
06	Colocar AD na cuba rim estéril;	16	Colocar a unidade em ordem;
07	Calçar luva estéril;	17	Encaminhar material para expurgo;
08	Aspirar à AD da cuba rim com a seringa de 60ml retirando o ar;	18	Lavar as mãos
09	Desconectar a sonda do sistema coletor com a ajuda de uma segunda pessoa, que ficará segurando o sistema com cuidado para não contaminar;	19	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000
10	Introduzir a seringa na sonda e injetar a		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 111 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

AD;		
-----	--	--

Cuidados especiais e observações gerais: Manter a permeabilidade dos cateteres urinários permanentes; Limpar o material acumulado (sangue, pus, secreção ou grumos) na sonda vesical de demora

Ações em caso de não conformidade: Comunicar o procedimento ao urologista ou ao médico plantonista.

Nº 075

Resultados esperados: Que procedimento ocorra de acordo com o esperado e resolva o problema do paciente.

Rotina	Setor
Monitorização cardíaca	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
É o emprego do aparelho (monitor) através do qual se visualiza o potencial elétrico gerado pelo coração, que são captados através dos eletrodos posicionados no tórax do paciente.	

Material Necessário

01	Monitor de ECG	03	Eletrodos	05	Gel condutor
02	Cabo de monitorização	04	Álcool 70%	06	

Ações

01	Lavar as mãos;	07	Colocar os eletrodos no local indicado;
02	Identificar-se;	08	Conectar os eletrodos ao cabo de monitorização;
03	Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;	09	Ligar o alarme e ajustar parâmetros de acordo com as condições clínicas do paciente;
04	Ligar o monitor;	10	Lavar as mãos;
05	Verificar o número de conectores;	11	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
06	Realizar a limpeza da pele para aplicação dos eletrodos;		

Cuidados especiais e observações gerais: Registrar a atividade cardíaca (ritmo e frequência), diagnosticar e documentar o tratamento dos pacientes graves, detectar arritmias, isquemias e outras complicações cardíacas

Ações em caso de não conformidade: Em caso de alteração do ritmo cardíaco comunicar ao médico.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 112 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Resultados esperados: Que paciente mantenha um ritmo cardíaco adequado.**Nº 076**

Rotina	Setor
Monitorização de saturação de O ₂	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É a mensuração da saturação de oxigênio, que um indicador do percentual de hemoglobina que se encontra saturada pelo oxigênio no momento da verificação	

Material Necessário

01	Sensor para oximetria	02	Cabo intermediário	03	Monitor ou visor
----	-----------------------	----	--------------------	----	------------------

Ações

01	Identificar-se;	07	Manter alarmes acionados e em limites adequados;
02	Orientar o cliente e/ou seu acompanhante quanto ao procedimento;	08	Controlar o sinal do monitor, pela verificação da onda gerada ao monitor, da correlação entre frequência registrada e os batimentos de pulso do paciente;
03	Ligar o monitor;	09	Manter vigilância da área na qual o sensor foi colocado;
04	Escolher e preparar a região em que será colocado o sensor;	10	Realizar alternância do local do posicionamento do sensor no paciente a cada 3 hrs;
05	Remover esmaltes das unhas dos dedos do paciente;	11	Interpretar os dados;
06	Selecionar os limites do alarme da saturação de oxigênio ST _{O2}	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000

Cuidados especiais e observações gerais: Ajuste da frequência inspiratória de oxigênio Fio₂; ajuste da PEEP, auxílio no manejo do respirador; auxílio no desmame, detecção precoce de hipóxia por qualquer causa.**Ações em caso de não conformidade:** Comunicar ao médico.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 113 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Resultados esperados: Que o paciente consiga manter o padrão respiratório.**Nº 077**

Rotina	Setor
Oxigenioterapia cateter nasal	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.	

Material Necessário

01	Cateter nasal (tipo cânula ou óculos) de nº adequado	04	Extensor intermediário	07	Fluxômetro regulador do fluxo de oxigênio
02	Espadrado ou microopore	05	Oxigênio canalizado	08	Água destilada
03	gaze	06	Frasco umidificador	09	Luvas de procedimento

Ações

01	Lavar as mãos;	11	Lubrificar o cateter com água ou gel lubrificante;
02	Explicar o procedimento ao paciente;	12	Introduzir o cateter na fossa nasal do paciente;
03	Colocar o paciente em posição confortável (cabeceira elevada 30 A 45º);	13	Fixar o cateter na parte externa do nariz ou face com esparadrapo ou microopore;
04	Preparar o umidificador com água destilada, enchendo com 2/3 de sua capacidade;	14	Ligar o fluxômetro de oxigênio conforme fluxo prescrito;
05	Montar o sistema, adaptando o umidificador ao fluxômetro e o extensor intermediário ao umidificador;	15	Orientar paciente para respirar de boca fechada, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado;
06	Adaptar o cateter nasal ao extensor intermediário sem retirá-lo totalmente da embalagem e testar o sistema para observar e corrigir escapes de oxigênio;	16	Deixar a unidade arrumada e paciente confortável;
07	Remover a oleosidade da pele com gaze e álcool 70%, no local de fixação do esparadrapo, facilitando a aderência;	17	Retirar a luva de procedimento;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 114 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

08	Medir a distância do cateter entre a asa do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;	18	Lavar as mãos
09	Colocar luva de procedimento;	19	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000)
10	Limpar as narinas caso seja necessário;		

Cuidados especiais e observações gerais: Administrar oxigênio por meio de cateter nasal ou outro dispositivo; Proceder a troca do cateter de narina a cada 24 hrs, se o oxigênio for contínuo, evitando ferimentos na mucosa nasal e obstrução do cateter por secreção; A administração do oxigênio em alta velocidade de fluxo deve ser sempre administrada através de um sistema de umidificação, para evitar que ele resseque as mucosas do trato respiratório; Quando possível, manter a monitorização da oximetria digital; Trocar a água do umidificador a cada 24hrs ou sempre que necessário desprezando toda a água residual do copo umidificador; Não retornar para o reservatório a água que esteja acumulada no extensor intermediário, esta também deverá ser desprezada.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico.

Resultados esperados: Que a oferta de oxigênio seja adequada para instabilidade do paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 115 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 078

Rotina	Setor
Oxigenoterapia com tenda facial	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.	

Material Necessário

01	Fluxômetro	03	Frasco nebulizador	05	Água destilada
02	Máscara simples ou venture	04	Extensão plástica		

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Abrir o fluxômetro até o volume de litros/minutos prescritos;
02	Explicar o procedimento ao paciente;	09	Verificar no fluxômetro a saída de oxigênio, observando a esfera flutuante e se há vazamentos;
03	Preparar o material e colocar água no frasco umidificador até a medida indicada;	10	Deixar o paciente confortável
04	Montar o sistema, adaptando o umidificador ao fluxômetro e o extensor intermediário ao umidificador;	11	Lavar as mãos;
05	Adaptar a máscara facial ao rosto do paciente prendendo a alça de fixação atrás da cabeça (máscara de Hudson)	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000.
06	Conectar a máscara facial ao final da extensão da traqueia corrugada na melhor posição para o paciente;	13	
07	Observar para que não haja extensão da traqueia, forçando posição irregular do paciente e da adaptação da máscara;	14	

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 116 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: A administração do oxigênio em alta velocidade de fluxo deve ser sempre administrada através de um sistema de umidificação, para evitar que ele resseque as mucosas do trato respiratório; Quando possível, manter a monitorização da oximetria digital; Trocar a água do umidificador a cada 24hrs ou sempre que necessário desprezando toda a água residual do copo umidificador; Não retornar para o reservatório a água que esteja acumulada no extensor intermediário, esta também deverá ser desprezada.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico.

Resultados esperados: Manter o padrão respiratório ideal para o paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 117 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 079

Rotina	Setor
Oxigenioterapia máscara facial com reservatório (venture)	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.	

Material Necessário

01	Kit de venture (Máscara facial, traqueia corrugada, extensão para conexão no fluxo metro, adaptador para umidificação/inalação, seis válvulas coloridas para diferentes concentrações FiO2)	03	Rede de O2		
02	Água destilada estéril	04	Umidificador com água		

Ações

01	Lavar as mãos;	08	Ajustar a máscara à face do paciente, observando suas reações;
02	Reunir o material;	09	Fixar a máscara com fita elástica;
03	Calçar luvas de procedimentos;	10	Observar as condições da pele no local onde a máscara está em contato;
04	Escolher a máscara de acordo com o tamanho do paciente, de modo que cubra a boca e o nariz;	11	Higienizar as mãos;
05	Adaptar a máscara à extensão da borracha ligada ao umidificador	12	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
06	Ajustar o fluxo de oxigênio (3 a 5 litros) de acordo com a indicação;		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 118 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

07	Orientar paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento realizado;		
----	---	--	--

Cuidados especiais e observações gerais: Não administrar o O2 sem o redutor de pressão e o fluxo metro; Colocar AD umidificador até o lugar indicado; Controlar a quantidade de litros por minuto; Observar se a máscara ou cateter estão bem adaptados; Oferecer apoio psicológico ao paciente; Trocar diariamente o cateter e as conexões; Orientar paciente para não fumar; Observar e palpar o epigástrio para constatar o aparecimento de distensão; fazer revezamento das narinas a cada 8 hrs; Avaliar com frequência as condições do paciente, sinais de hipóxia e anotar e dar assistência adequada; Manter vias aéreas desobstruídas; Manter os torpedos de O2 na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor; Controlar sinais vitais.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico.

Resultados esperados: Que o paciente consiga manter o padrão respiratório ideal.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 119 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 080

Rotina	Setor
Preparo do paciente no pré-operatório	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Consiste nos cuidados de enfermagem a todos os pacientes em preparo para submeter-se a cirurgia. O pré-operatório é o período em que se reconhece a necessidade de uma cirurgia até o momento em que o paciente chega à sala cirúrgica.	

Material Necessário

01	Prontuário com exames laboratoriais e radiológicos	03	Gorro	05	Lençol
02	Camisola	04	Pro-pés	06	Tesoura ou aparelho para aparar os pêlos

Ações

01	Verificar mapa cirúrgico no dia anterior, confirmando procedimento, equipe;	12	Comunicar a enfermeira alterações nos sinais vitais ou sintomas como febre, tosse, coriza e dor;
02	Comunicar ao paciente que a cirurgia vai ocorrer no dia seguinte;	13	Pedir para o paciente urinar antes da troca da roupa do centro cirúrgico;
03	Explicar para o paciente e acompanhante sobre a cirurgia, tipo de anestesia dependendo da necessidade, solicitar a presença do cirurgião ou anestesista para melhores esclarecimentos;	14	Pedir para o paciente retirar próteses, jóias, óculos, prendedores de cabelo e roupas íntimas;
04	Tranquilizar o paciente em caso ansiedade e medo;	15	Administrar medicação pré-anestésica caso prescrita;
05	Ouvir o paciente, dando importância as queixas e relatos;	16	Auxiliar o paciente a trocar a camisola/ pijama pela camisola do centro cirúrgico;
06	Providenciar a coleta de exames laboratoriais se necessário;	17	Solicitar a maca;
07	Fazer clister glicerinado se prescrito;	18	Auxiliar no transporte do paciente da cama

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 120 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

			para a maca;
08	Iniciar jejum a partir das 22hrs, da noite anterior à cirurgia, ou de acordo com a prescrição médica;	19	Cobrir o paciente com lençol, preservando sua intimidade;
09	Fazer tricotomia ou aparar os pêlos da região que será operada;	20	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10	Encaminhar o paciente para o banho de aspersão (plantão noturno), ou fazer banho no leito, pela manhã, 2hrs antes do procedimento cirúrgico;	21	
11	Verificar os sinais vitais;		

Cuidados especiais e observações gerais: Que o pré-operatório ocorra de acordo com a solicitação da equipe cirúrgica; antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico verificar dados essenciais para que o procedimento seja realizado adequadamente.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar a Enfermeira e equipe cirúrgica.

Resultados esperados: Que a cirurgia ocorra sem nenhuma complicação.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 121 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 081

Rotina	Setor
Preparo do corpo pós - morte	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade	
São cuidados dispensados ao corpo após a constatação médica de óbito.	

Material Necessário

01	Lençol	04	Gazes	07	Avental
02	Ataduras	05	Jarra com água	08	Luvas de procedimento
03	Esparadrapo	06	Sabão líquido	09	Compressas

Ações

01	Lavar as mãos;	11	Colocar uma etiqueta com os dados do paciente sobre o tórax (nome completo, leito, clínica, sexo, data e horário do óbito);
02	Preparar o material;	12	Envolver o corpo com lençol;
03	Explicar o procedimento a família, após médico detectar o óbito;	13	Colocar outra etiqueta com identificação sobre o lençol em local bem visível,
04	Paramentar calçar luvas e colocar avental;	14	Transportar o corpo para a maca sem colchão;
05	Retirar todos os drenos, acessos, sondas, cateteres, sistemas de drenagem, ataduras, gesso, ou qualquer acessório de monitorização.	15	Levar o corpo até o necrotério;
06	Se necessário fazer higiene do corpo;	16	Recompor a unidade;
07	Fechar os olhos fixando com esparadrapo;	17	Lavar as mãos;
08	Recolocar as próteses se houver;	18	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000.
09	Se necessário fazer tamponamento ou deixar para o serviço funeral, caso o corpo seja encaminhado para o IML não realizar tamponamento;	19	
10	Usar atadura para prender mãos e pés;	20	

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 122 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: Preparar o corpo sem danos, desconfigurações ou odores indesejáveis. Adequar e posicionar o corpo antes que ocorra rigidez cadavérica e identificar o corpo corretamente. Se a família pedir para ver o corpo, deve-se remover todo o material da proximidade do leito e chamá-los antes de envolver o corpo. A DO deverá ser preenchida pelo médico. O enfermeiro deve entregar a via amarela para família ou responsável, as outras vias vão para o prontuário. Comunicar as áreas de apoio. Entregar os pertences do paciente para a família

Ações em caso de não conformidade: Comunicar a equipe de plantão.

Resultados esperados: Que o corpo seja preparado com respeito e conforme a norma da instituição.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 123 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 082

Rotina	Setor
Realização do eletrocardiograma	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade É um exame realizado para avaliar os efeitos de uma doença ou lesão sobre a função cardíaca, avaliar a função do marcapasso, avaliar resposta a medicação (antiarrítmicos) e obter um registro basal antes de um procedimento médico.	

Material Necessário

01	Eletrocardiógrafo	03	Álcool 70%	05	Eletrodos
02	Gel hidrossolúvel	04	Algodão	06	Aparelho para tricotomia

Ações

01	Explicar o procedimento para o paciente;	10	Após colocação do eletrodo ligar o aparelho e iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
02	Posicionar em decúbito dorsal e solicitar que permaneça relaxado;	11	Avaliar se o registro no ECG é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiógrafo;
03	Assegurar a privacidade do paciente com a colocação de biombos;	12	Após término do ECG identificar a fita com o nome do paciente, idade, data, leito e horário que foi realizado;
04	Limpar a pele do paciente com álcool 70%;	13	Desligar o aparelho da parede e do fio terra;
06	Certificar que não haja contato do paciente com partes metálicas no leito;	14	Retirar os eletrodos;
07	Verificar se o cabo dos eletrodos e o fio terra estão devidamente conectados	15	Acomodar o paciente no leito;
08	Fixar as placas na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas evitando proeminências ósseas e/ou coxas em caso de membros amputados. Com essas conexões dos eletrodos, são determinados no traçado	16	Organizar os fios;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 124 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	as derivações periféricas: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF;		
09	Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais. Atentar para posicionamento adequado;	17	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

Cuidados especiais e observações gerais: Registrar as alterações no ritmo cardíaco do paciente para detectar doenças cardíacas.

Ações em caso de não conformidade: Comunicar ao médico que solicitou o exame.

Resultados esperados: Que o exame seja realizado sem nenhuma interferência.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 125 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Nº 083

Rotina	Setor
Reanimação cardiopulmonar Suporte Básico de Vida	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
Finalidade Seqüência de procedimentos e técnicas destinadas a manter vias aéreas permeáveis e circulação mínima sem a utilização de qualquer equipamento até a chegada do suporte avançado.	

Material Necessário

01	Equipamentos de proteção individual	04	Tábua para massagem cardíaca	07	Gel condutor
02	Ambu com reservatório	05	Oxigênio 100% a 15l/min	08	Luvas de procedimento
03	Máscara de oxigênio	06	DEA	09	

Ações

01	Reconhecer os sinais imediatos da PCR;	06	Instalar o DEA;
02	Solicitar ajuda;	07	Aplicar rapidamente o tratamento elétrico conforme indicação do DEA (repetir a cada 2 minutos ou 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações por meio do AMBU com oxigênio a 15l/min;
03	Posicionar o paciente em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida (tábua- colocar embaixo do paciente);	10	Reiniciar a RCP com compressões imediatamente após o choque prescrito;
04	Iniciar compressões torácicas de qualidade (30 compressões por 5 minutos de profundidade) até chegada do desfibrilador;	11	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000.
05	Abrir vias aéreas e aplicar 2 ventilações com máscara e AMBU com reservatório (tração da mandíbula no trauma ou elevação do mento no paciente clínico;		

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 126 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Cuidados especiais e observações gerais: Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.**Ações em caso de não conformidade:** Acionar equipe médica de plantão.**Resultados esperados:** Que seja revertida a paracadirespiratória.**Nº 084**

Rotina	Setor
Reanimação cardiopulmonar- Suporte Avançado de Vida	Enfermagem
Responsável	Executante
Enfermeiro	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapia
Finalidade	
Seqüência de procedimentos e técnicas destinadas a manter ventilação e circulação com auxílio de equipamento	

Material Necessário

01	EPI	07	Tábua para massagem cardíaca	13	Agulhas
02	Oxigênio a 100% 15L/min	08	Desfibrilador	14	Luva estéril
03	AMBU com reservatório	09	Gel condutor	15	Luva de procedimento
04	Tube orotraqueal	10	Medicações usadas em urgências	16	Cadaroço para fixar o tubo
05	Laringoscópio	11	Seringas	17	Scalp ou Jeco
06	Material de aspiração	12	Equipo de soro		

Ações

01	Reconhecer os sinais imediatos de PCR;	12	Analisar ritmo cardíaco a cada 2 minutos e checar pulso a cada ciclo;
02	Acionar a equipe;	13	Ligar e preparar a carga do desfibrilador;
03	Abrir vias aéreas e fazer 30 compressões para 2 ventilações;	14	Aplicar rapidamente o choque elétrico se indicado e prescrito pelo médico;
04	Minimizar as interrupções nas compressões;	15	Reiniciar a RCP com compressões imediatamente após cada choque prescrito;
05	Comprimir o tórax continuamente e com qualidade (100 compressões/min com 5cm de profundidade e aguardar o retorno do tórax;	16	Realizar cuidados pós parada cardiorrespiratória logo retorne à circulação espontânea,
06	Alternar a pessoa que faz massagem a cada 2 minutos;	17	Reorganizar a unidade;
07	Ventilar com AMBU (frequência de 8 a 10	18	Repor o carrinho após reanimação;

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 127 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		

**SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ**

Rua João Carniato, 90 – Taguaí/SP – CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

	movimentos respiratório por minuto) com oxigênio 15l/min;		
08	Conseguir via aérea avançado (TOT ou máscara laríngea);	19	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
09	Monitorizar o paciente;	20	
10	Realizar acesso venoso calibroso	21	
11	Administrar medicações prescritas e logo após fazer em bolus de 20cc de SF 0,9% e elevar o membro (braço)	22	

Cuidados especiais e observações gerais: Reverter uma arritmia e regularizar um ritmo cardíaco.

Ações em caso de não conformidade: Reunir a equipe e reorganizar a forma de trabalho.

Resultados esperados: Que reverta o quadro clínico do paciente.

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 128 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 129 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 130 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		



SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE TAGUAÍ

Rua João Carniato, 90 - Taguaí/SP - CEP 18.890-037

Fones (14) 3386-1132 e 3386-1127

E-mail: scmt@uol.com.br

CNPJ 51.504.132/0001-91

Data da Emissão	Versão	Revisão	Ult. Revisão	Folha
01/07/2008	3	05	10/01/2022	Página 131 de 131
Elaborado por		Aprovado e Revisado por		
Enfermeira Daniela Batista		Enfermagem, CCIH e Diretor Clínico		