

**CHECK LIST: USO DE CATETER CENTRAL PARA INFUSÃO DE CONTRASTE  
IODADO EM EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_

Setor proveniente: \_\_\_\_\_

**PARA PREENCHIMENTO DA ENFERMAGEM DO SETOR DE ORIGEM DO PACIENTE**

EXAME SOLICITADO:

MARCA E MODELO DO CATETER CENTRAL (CVC, PICC, PORT):

TESTE DE PATÊNCIA DO CATETER NO SETOR DE ORIGEM:

ASPIRAÇÃO DE SANGUE LIVRE:                    **SIM** ( )        **NÃO** ( )

FLUSH DE SALINA SEM DIFICULDADES:        **SIM** ( )        **NÃO** ( )

O MÉDICO SOLICITANTE ESTÁ DE ACORDO COM O USO DO CATETER?  
**SIM** ( )        **NÃO** ( )

**SE NÃO, NÃO UTILIZAR O CATETER CENTRAL.**

**PARA PREENCHIMENTO DA ENFERMAGEM DO SETOR DE IMAGEM**

POSIÇÃO DO CATETER É CENTRAL:                    **SIM** ( )        **NÃO** ( )

**SE NÃO, NÃO UTILIZAR O CATETER CENTRAL.**

ADMINISTRAÇÃO DO CONTRASTE:                    **DINÂMICO** ( )        **MANUAL** ( )

(Atentar ao uso da via mais calibrosa)

Volume de Contraste: \_\_\_\_\_ ml

Taxa de Infusão (bomba injetora): \_\_\_\_\_ ml/s

Pressão Máxima (bomba injetora): \_\_\_\_\_ PSI

TESTE DE PATÊNCIA DO CATETER APÓS O EXAME:

ASPIRAÇÃO DE SANGUE LIVRE:                    **SIM** ( )        **NÃO** ( )

FLUSH DE SALINA SEM DIFICULDADES:        **SIM** ( )        **NÃO** ( )

**SE NÃO, NOTIFICAR A EQUIPE MÉDICA.**

Obs.: caso o cateter estivesse previamente heparinizado, à critério da equipe médica assistente, realizar nova heparinização no setor de origem do paciente.

Enfermagem:

Radiologista que orientou: