

---

# Protocolo

## Instalação de Cateter Venoso Central para Inserção Periférica – PICC

Atualizado em 20.08.2010

### 1. INTRODUÇÃO

O cateter venoso central de inserção periférica de longa permanência (PICC) é confeccionado em material macio e flexível (silicone ou poliuretano), indicado para pacientes em uso de terapia intravenosa com drogas vasoativas, nutrição parenteral prolongada, antibioticoterapia e infusões hipertônicas entre outras.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da resolução 258/2001, reconhece a implantação do PICC, como competência do enfermeiro, desde que, tenha recebido formação, através dos cursos de treinamento e capacitação.

Com a utilização do PICC, o paciente tem menos exposição a múltiplas punções venosas e menor risco de infecção e intercorrência, quando comparado com a inserção de cateteres venosos centrais. Sendo assim deve ser a primeira escolha para pacientes com perspectiva de tratamento endovenoso por período prolongado.

### 2. OBJETIVOS

- Assegurar via venosa para administração de medicação;
- Manter acesso venoso com menor risco de infecção;
- Padronizar a instalação e manutenção do cateter de inserção periférica.

### 3. INDICAÇÕES

- Manter acesso venoso profundo por tempo prolongado;
- Administrar soluções hiperosmolares;
- Administrar soluções vesicantes e irritantes.

### 4. CONTRA-INDICAÇÕES

- Administração de grandes volumes “em bolus”;
- Difícil acesso venoso periférico por repetidas punções anteriores;
- Presença de hematomas ou tromboflebite;
- Lesão cutânea na área peri-inserção.

### 5. SETORES ENVOLVIDOS

- Ambulatório
- Pronto atendimento
- Unidades de internação clínica-cirúrgica
- Unidade de Transplante de Medula Óssea e Rim
- UTI's e UCO

### 6. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

- Auxiliar/técnico de Enfermagem
- Enfermeiro
- Médico

### 7. TERMINOLOGIA

- PICC – sigla em inglês que significa cateter central de inserção periférica (peripherally inserted central catheter).

### 8. CAPTAÇÃO DO PACIENTE

#### 8.1. No Pronto Atendimento

- Todo o paciente deve ter preservada sua rede venosa principalmente a cubital. Nos casos de punção o dorso da mão deve ser a primeira escolha pelas equipes de Enfermagem e Laboratório;
- O enfermeiro deve verificar junto ao médico de plantão, a necessidade de internação e manutenção de acesso venoso;
- O enfermeiro deve, no caso de internação com previsão de terapia endovenosa prolongada, solicitar a avaliação da Comissão do PICC;

#### 8.2. Nas unidades de internação e de terapia intensiva

- O enfermeiro deve verificar junto ao médico do paciente e/ou plantonista a necessidade da instalação do PICC;
- Após a indicação do médico, o enfermeiro da unidade deve solicitar a avaliação da Comissão do PICC;

- 
- Caso haja a liberação do convênio após a avaliação da Comissão, providenciar o “kit” para passagem do PICC e comunicar a Comissão quando chegar o material.
  - O enfermeiro deve prescrever o local determinado para as punções venosas até a passagem do PICC.

## **9. AVALIAÇÃO PELO ENFERMEIRO DA COMISSÃO DO PICC**

- 9.1. A avaliação do paciente e a passagem do cateter devem ser feitas dentro das 24 horas após a solicitação e liberação do convênio;
- 9.2. Orientar o paciente/familiares sobre a necessidade da passagem do cateter e seu benefício;
- 9.3. Após a avaliação o enfermeiro deve registrar o exame físico e a tomada de decisão em prontuário;
- 9.4. Solicitar autorização para o convênio se for o caso, utilizando o parecer e justificativa emitida pelo médico;
- 9.5. Monitorar junto ao enfermeiro da unidade de origem do paciente a chegada do cateter para punção.
- 9.6. Orientar a equipe de assistência sobre os locais que deverão ser puncionados até a passagem do PICC e solicitar a prescrição do enfermeiro.

## **10. ESCOLHA DO ACESSO**

### **10.1. Veias preferenciais para a inserção**

- Basílica
- Cefálica
- Mediana cubital

### **10.2. Características da veia escolhida**

- Palpável
- Calibrosa
- Não sinuosa

### **10.3. Característica da pele adjacente à área da punção**

- Íntegra
- Ausência de hematomas
- Sem sinais de infecção – flebite, celulite, abscesso, tromboflebite
- Ausência de alterações anatômicas

## **11. MATERIAIS**

### **11.1. Para inserção do cateter e primeiro curativo**

- 1 pacote de curativo
- 1 tesoura estéril
- 1 campo fenestrado estéril
- 3 campos simples estéreis
- 2 gorros cirúrgicos
- 2 máscaras cirúrgicas
- 2 aventais estéreis
- 2 pares de luvas cirúrgicas
- 3 escovas embebidas com clorexidina degermante
- 1 frasco de 30ml de clorexidina alcoólica 2%
- 3 sachês de álcool 70%
- 5 ampolas de solução fisiológica 0,9%
- 2 seringas de 10ml
- 2 agulhas hipodérmicas 40X12
- 1 equipo extensor dupla via
- 1 garrote
- 7 pacotes de gazes estéreis
- 1 fita métrica não estéril
- 1 cateter de calibre adequado ao paciente
- 1 introdutor
- fita adesiva tipo micropore® 2,5cm
- 1 curativo transparente grande 6X7cm (padronizado)
- 1 mesa auxiliar

### **11.2. Para curativos subsequentes**

- 1 par de luvas de procedimento
- 1 par de luva cirúrgica
- Pacote de curativo

- 
- 1 pacote de gazes estéreis
  - 1 ampola de solução fisiológica 0,9%
  - 1 curativo transparente (padronizado)

### **11.3. Para retirada do cateter**

- 1 par de luvas de procedimento
- 1 ampola de solução fisiológica 0,9%
- 1 pacote de gazes estéreis
- Adesivo tipo micropore®

## **12. METODOLOGIA**

Recomendamos que o procedimento seja realizado preferencialmente por dois enfermeiros.

O SCIH recomenda que a paramentação ideal para a passagem do cateter seja “precaução máxima de barreira estéril”, ou seja, aventais cirúrgicos de manga longa, máscara cirúrgica, campo cirúrgico grande, luva cirúrgica e gorro.

### **12.1. Procedimento anterior à inserção do PICC**

- Orientar o paciente quanto ao procedimento da passagem do cateter e solicitar a assinatura do termo de consentimento informado;
- Higienizar as mãos;
- Reunir/conferir os materiais necessários para a execução do procedimento;
- Informar ao paciente ou familiares o procedimento;
- Avaliar as condições clínicas do paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e colocar o membro selecionado para punção em ângulo de 90º em relação ao tórax;
- Garrotear o membro escolhido para punção;
- Realizar o exame físico dos vasos sanguíneos através da técnica de inspeção e palpação (no mínimo duas a três opções para o acesso);
- Retirar o garrote após o exame físico;
- Mensurar com a fita métrica:
  - Perímetro braquial
  - Distância entre possível ponto de punção e a articulação escápulo-umeral, deste ponto até a fúrcula esternal e em seguida até o 3º espaço intercostal, acrescentar ao valor mensurado, aproximadamente 3cm.

### **12.2. Procedimento de inserção do cateter**

- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar a degermação do sítio de inserção com solução padronizada, iniciando pelo ponto de punção, com movimentos circulares, estendendo para um diâmetro de 20 a 25cm. Repetir o procedimento três vezes, retirar o excesso com gaze embebida com SF 0,9%;
- Repetir a mesma técnica com anti-séptico alcoólico;
- Retirar as luvas;
- Colocar gorro e máscara (todos os profissionais envolvidos no procedimento);
- Escovar as mãos com solução degermante;
- Vestir o avental e calçar as luvas estéreis;
- Posicionar os campos estéreis: um campo sob o local a ser puncionado, outro cobrindo o paciente e utilizar o campo fenestrado no local onde será feita a inserção;
- Abrir o material, previamente separado, com técnica asséptica em mesa auxiliar;
- Lubrificar o cateter com SF 0,9%, observando se há vazamento ao longo do cateter;
- Colocar o cateter e pinça anatômica próximos para facilitar a punção;
- Colocar o membro a ser puncionado em posição adequada mantendo o garrote posicionado;
- Solicitar que o auxiliar garroteie o braço do cliente;
- Realizar punção venosa e liberar o garrote;
- Introduzir o cateter lentamente (para prevenir danos ao vaso) até o local demarcado;
- Durante a introdução observar se há refluxo sanguíneo;
- Remover lentamente o fio guia junto com o introdutor;
- Desconectar o fio guia do cateter;
- Cortar 0,5cm da ponta do cateter para a introdução do reparo;
- Introduzir o reparo suavemente em movimentos giratórios para não perfurar ou danificar o cateter;
- Testar a permeabilidade do cateter utilizando seringa de 10ml com SF 0,9% e observar se não há extravasamento local;
- Encaixar as duas peças do reparo para fixação do cateter;

- 
- Fixar o cateter;
  - Retirar os campos;
  - Realizar a limpeza do sítio de inserção com gaze embebida com SF 0,9% seguido de cloroexidina alcoólica;
  - Cobrir com gaze e fixar com adesivo por 24 horas;
  - Retirar a paramentação;
  - Colocar o paciente em posição confortável;
  - Higienizar as mãos;
  - Solicitar Raio-X para confirmar o posicionamento do cateter;
  - Identificar com etiqueta a embalagem descritiva do cateter e guardar no prontuário do paciente;
  - Realizar a identificação no cartão apropriado e entregar ao paciente ou acompanhante;
  - Realizar a anotação do procedimento e material utilizado;
  - Realizar a prescrição de Enfermagem referente aos cuidados com o cateter;
  - Avaliar a radiografia para liberação para o uso do cateter;
  - Qualquer intercorrência comunicar ao médico assistente;

### 12.3. Avaliação do sítio de inserção

Diariamente o enfermeiro deve:

- Inspecionar, apalpar o local de inserção e o trajeto da veia, observar sinais flogísticos (dor, rubor, endurecimento, calor peri-cateter);
- Aferir e registrar a circunferência do membro 5cm acima do local da punção. Um aumento nestes valores, quando comparado às medidas entre o membro puncionado e o contra lateral ou em relação às medidas anteriores, indicará a suspeita de trombose ou extravasamento e neste caso, o médico deve ser comunicado;
- Caso ocorra a migração do cateter, talvez sua extremidade não esteja na posição adequada, devendo ser realizado Raio-X para a verificação de sua posição.
- Registrar as observações na evolução de Enfermagem e **anexo II** – Protocolo para instalação e retirada de cateter PICC.

### 12.4. Curativo

O curativo do PICC tem duas funções:

- Criar um ambiente de proteção no local da inserção e
- Evitar seu deslocamento ou migração.

12.4.1. **Após a inserção:** utilizar curativo convencional com gaze e adesivo tipo micropore® ou similar.

12.4.2. **Primeira troca:** deverá ser realizada sempre após 24 horas do procedimento utilizando apenas o curativo transparente. Na ocorrência de sangramento no sítio de inserção, deverá ser mantido o curativo convencional.

12.4.3. **Trocias subsequentes:** utilizar sempre e apenas o curativo transparente que deverá ser substituído a cada sete dias, ou antes desse prazo, em caso de sujidade, umidade ou descolamento e reações alérgicas locais.

#### 12.4.4. Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Comunicar ao cliente sobre o procedimento;
- Calçar luvas de procedimento;
- Avaliar presença de eritema, exsudato ou edema. Apalpar delicadamente em torno do local da inserção para sentir se a área está sensível;
- Retirar o curativo anterior com cuidado;
- Retirar luvas de procedimento;
- Fazer fricção das mãos com álcool glicerinado 70%;
- Calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza da área de inserção com gazes embebidas com SF0, 9%;
- Secar a área, com gaze;
- Aplicar solução de cloroexidina alcoólica com auxílio de gaze;
- Verificar a posição do cateter, certificando-se de que não houve tração (não reintroduzir o cateter caso este tenha sido exteriorizado);
- Inspecionar o sítio de inserção;
- Fechar o curativo, conforme técnica recomendada;
- Higienizar as mãos;
- Datar o curativo;

- Fazer registros de Enfermagem;

### 12.5. Permeabilização

- A integridade do cateter exige técnica de lavagem apropriada (flushing). Seringas com volume inferior a 5 ml podem comprometer a integridade do cateter, gerando pressões capazes de rompê-lo; É recomendada a realização de flushing com água destilada a cada 6-8 horas para permeabilizar o interior do cateter e eliminar problemas com a incompatibilidade entre medicações (precipitações químicas);
- Quando o cateter for usado em terapia intermitente, a heparinização do PICC implicará em quantidade, concentração e intervalos de tempo de permeabilização apropriados. A Intravenous Nurses Society (INS) recomenda para heparinização, volumes de lavagem com o dobro do volume de flushing do cateter, acrescido do volume dos dispositivos adicionais, como mostra a relação a seguir:

Tamanho/French	Volume/Flushing
1,9	0,23 ml
2,8- 3,0	0,25 ml
4,0	0,33 ml
5,0	0,44 ml

12.5.1. **Salinização:** utilizar 10ml de solução fisiológica 0,9% antes e após o término de infusões de medicamentos;

12.5.2. **Heparinização:** deve ser realizada sempre que o cateter não estiver em uso e repetida a cada 5 dias. A solução recomendada é de 9,8ml de água destilada para 0,2ml de Heparina®, devendo ser injetados 1,5ml da solução. Antes de utilizar o cateter ou na troca da solução de Heparina®, deve-se aspirar e desprezar a solução anterior e lavar o cateter com 10ml de solução fisiológica 0,9%.

12.5.3. Nos casos de uso intermitente manter salinização a cada 6 horas.

### 12.6. Desobstrução

Este procedimento poderá ser realizado pela enfermeira da unidade treinada, porém, em casos de dificuldade, deverá entrar em contato com a equipe do PICC.

#### 12.6.1. Materiais

- 1 torneirinha de 3 vias
- 1 seringa de 10ml
- 1 seringa de 5ml
- 2 ampolas de solução fisiológica 0,9%
- 2 saches de álcool 70%
- Luvas de procedimento
- Solução de Heparina® conforme item 12.5.2.

#### 12.6.2. Execução

- Higienizar as mãos;
- Informar ao paciente ou familiares o procedimento;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Realizar a anti-sepsia da conexão do cateter com álcool 70%;
- Conectar a torneirinha de 3 vias ao cateter;
- Em uma das saídas conectar a seringa de 10ml e na outra a de 5ml com a solução de Heparina® conforme item 12.5.2;
- Manter fechada a saída onde está conectada a seringa de 5ml;
- Abrir a saída da seringa de 10ml e aspirar, criando pressão negativa, e em seguida fechar essa saída;
- Abrir a saída da seringa de 5ml para que a solução de Heparina® entre no cateter;
- Repetir a manobra por 5 vezes;
- Fechar a torneirinha e deixar a solução no cateter por 30 minutos;
- Abrir a saída onde está conectada a seringa de 10ml e aspirar;
- Caso haja retorno venoso, aspirar 1ml de sangue e desprezar, lavar o cateter com 10ml de solução fisiológica 0,9% por 2 vezes e utilizá-lo normalmente;
- Registrar o procedimento em prontuário.

## 13. RETIRADA DO CATETER

### 13.1. Indicação

- Término da terapia proposta;

- 
- Presença de sinais flogísticos no sítio de inserção ou ao longo do percurso da veia;
  - Febre ou hipotermia sem outro foco de infecção aparente;
  - Trombose no membro do acesso;
  - Obstrução irreversível;
  - Rompimento do cateter.

### **13.2. Material**

- 1 par de luvas de procedimento;
- 1 pacote de gazes estéreis;
- 1 ampola de solução fisiológica 0,9%;
- Fita métrica não estéril.

### **13.3. Procedimento**

- Higienizar as mãos;
- Informar o procedimento ao paciente ou familiar;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Remover a fixação e o curativo, utilizando gaze embebida em solução fisiológica 0,9%;
- Observar o aspecto da área de inserção;
- Firmar o cateter próximo ao sítio de inserção;
- Tracionar o cateter exteriorizando-o lentamente;
- Fazer compressão no local utilizando gaze;
- Medir o comprimento do cateter retirado e comparar com a medida de inserção inicial;
- Retirar as luvas;
- Realizar os registros de Enfermagem.

## **14. REGISTROS ENVOLVIDOS NO PROCESSO**

- Prescrição médica solicitando a passagem do cateter;
- Prescrição de Enfermagem;
- Evolução de Enfermagem;
- Anotação de Enfermagem;
- Termo de consentimento livre e informado assinado pelo paciente ou responsável.

## **15. PRECAUÇÕES BÁSICAS**

- Não utilizar seringa menor que 10ml para infusão no cateter;
- O cateter somente poderá ser utilizado após a realização do Raio-X e sua avaliação pelo enfermeiro responsável pela passagem;
- Não tracionar ou reintroduzir o cateter;
- Nunca aferir pressão arterial ou garrotear o membro onde está inserido o PICC;
- Limitar a 3 o número de tentativas de punção, pelo risco de infecção;
- Utilizar soluções alcoólicas, na realização do curativo;
- Friccionar álcool a 70%, nas conexões e tampas rosqueadas ao manusear o cateter para infusões;
- Na ocorrência de obstrução do cateter não fazer manobras de desobstrução, acionar o enfermeiro;
- Não coletar amostras de sangue pelo cateter;
- Não conectar dispositivo de duas ou mais vias (tipo polihart®);
- Não utilizar adesivos tipo Micropore® ou similares, em torno do corpo do cateter;
- Não é recomendada a infusão de hemoderivados devido ao risco de obstrução, hemólise e perda do cateter. Caso este procedimento seja inevitável, devem ser observadas as medidas a seguir:
  - Atentar para a velocidade de infusão;
  - Lavar o cateter com SF 0,9% em volume três vezes maior que a sua capacidade interna (em torno de 3ml), após o término da infusão;
- Não segurar o cateter com pinça muito apertada. Pinças, clamps e instrumentos cortantes podem danificar o cateter;
- Nunca forçar a retirada do estilete, pois pode danificar o cateter;
- Nunca usar o cateter para administrações de volumes em alta pressão, pois pode ocorrer o seu rompimento;
- Proteger o cateter no momento do banho para não molhar.

## **16. PONTOS A OBSERVAR**

- Eritema, dor ou secreção no local de inserção do cateter:  
Possíveis Causas:
  - Alergia ao adesivo usado na fixação;

- 
- Infecções preexistentes não observadas;
  - Falha na técnica de curativo.
  - Infecção do cateter

Soluções:

- Colocar o canhão fora do local de inserção, deixando 1cm do cateter entre o local de saída e o canhão;
- Monitorar irritação da pele;
- Na suspeita de infecção o cateter deve ser retirado;
- Reavaliar a necessidade de passagem de um novo cateter;
- Solicitar cultura da ponta do cateter em caso de troca, se houver suspeita de infecção.

Prevenções:

- Usar cateter de boa qualidade;
  - Realizar curativos periódicos no local da inserção, obedecendo às rotinas da instituição;
  - Avaliar o paciente antes da inserção do PICC para infecções preexistentes;
  - Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao adesivo que será utilizado na fixação.
- Oclusão da bomba de infusão/ alarme soando

Possíveis Causas:

- Dobra do cateter PICC;
- Dobra do equipo da bomba de infusão;
- Paciente mantendo o membro de inserção do cateter flexionado;
- Equipo da bomba de infusão pode estar fechado;
- Presença de coágulo ou fibrina na ponta ou na extensão do cateter PICC;
- Precipitação de drogas incompatíveis, causando obstrução da luz do cateter PICC.

Soluções:

- Corrigir as dobras do equipo ou do cateter;
- Verificar se o equipo da bomba de infusão está fechado;
- Lavar delicadamente o PICC com 0,9% de cloreto de sódio, tentando aspirar o coágulo;
- Manter o membro onde o cateter PICC está inserido em posição anatômica;
- Notificar o médico e preparar o paciente para a remoção do PICC em caso de oclusão persistente;
- Obedecer às orientações de salinização e heparinização do cateter conforme descrito no protocolo.

- Migração do cateter

Possíveis causas:

- Curativo inseguro;
- Paciente muito ativo.

Soluções:

- Fixar o curativo corretamente;
- Dependendo da situação, solicitar ao médico para suturar o cateter na pele.

- PICC enrolado na veia subclávia ou dificuldade na migração do cateter

Possíveis causas:

- Técnica imprópria na inserção do cateter PICC;
- Anomalia no sistema vascular.

Soluções:

- Tracionar o cateter PICC injetando SF 0,9% na tentativa de desenrolar;
- Caso haja dificuldade na inserção e migração do cateter, este deve ser retirado e escolher um novo local de inserção;
- O PICC deve ser inserido com técnica adequada, usando fio guia;
- Coletar o histórico do paciente para detecção de possíveis anomalias vasculares e antecedentes de esclerose das veias.

**Aprovado por: Fernanda Ferrari Allucci – Gerente de Enfermagem do Hospital Santa Cruz**

### **Referências Bibliográficas**

1- BROWN, J. Peripherally Inserted Central Catheteres. In: Tenenbaun, L. Cancer Chemoterapy. 2and end Philadelphia: WB Saunders, 429-445, 1994

2- HADAWAY, LC. Compariosion of Vascular Acess Devices. Sem Oncol Nurs, Aug:11(3): 154-166. 1995

3- FREITAS, C.L. et al. Instalação, manutenção e manuseio de cateteres venosos centrais de inserção periférica em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. Ver Brás Cancerol, 45(1): 19-20, 1999

### FICHA PARA ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DO CATETER PICC

Dia do mês	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5
	Perímetro braquial	Troca de curativo	Troca de tampa do injetor lateral – 72h	Hemotransusão	Outros procedimentos
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Orientação para preenchimento dos campos:

**Campo 1** – registrar valores em centímetros

**Campo 2** – utilizar as siglas **GF** (gaze e fita adesiva) ou **CT** (curativo transparente)

**Campo 3 e 4** – utilizar **S** (sim) ou **N** (não)

**Campo 5** – registrar quais foram



## PROTOCOLO PARA INSTALAÇÃO E RETIRADA DE CATETER PICC

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** Sim  Não  \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:** \_\_\_\_\_

**INDICAÇÃO PARA O USO DO PICC:** \_\_\_\_\_

**DADOS DO CATETER:**

Marca: \_\_\_\_\_ Groshong: Sim  Não  Lote: \_\_\_\_\_ Calibre: \_\_\_\_\_ Comprimento: \_\_\_\_\_ cm

**INSERÇÃO:**

Membro selecionado: \_\_\_\_\_ Perímetro braquial: \_\_\_\_\_ cm Veia de acesso: \_\_\_\_\_

Comprimento do cateter: \_\_\_\_\_ cm Comprimento introduzido: \_\_\_\_\_ cm Número de tentativas de punção: \_\_\_\_\_

Confirmação da localização do cateter por Raio-X: Sim  Não

**INTERCORRÊNCIAS:**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Profissional: \_\_\_\_\_

**TROCA DO PRIMEIRO CURATIVO:** Convencional  Curativo transparente

**AVALIAÇÃO DO SÍTIO DE INSERÇÃO:**

Normal  Hiperemia  Edema  Hematoma  Sangramento  Secreção serosa

Perímetro braquial: \_\_\_\_\_ cm Observação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Profissional: \_\_\_\_\_

**RETIRADA:**

Término da terapia proposta  Exteriorização  Obstrução  Rompimento  Febre  Óbito

Comprimento retirado: \_\_\_\_\_ cm Alteração no cateter: Sim  Não  \_\_\_\_\_

Envio da ponta do cateter para cultura: Sim  Não  Hemocultura: Sim  Não

Agente isolado: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Profissional: \_\_\_\_\_

**DESTINO DO PACIENTE**

Alta  Transferência para homecare  Óbito  Com cateter: Sim  Não

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Profissional: \_\_\_\_\_