

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) ENFERMAGEM PEDIATRIA

JANEIRO 2023

SUMÁRIO

1. Lavagem das mãos com água e sabonete _____	2
2. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica _____	5
3. Precaução Padrão _____	9
4. Precaução de isolamento de contato _____	13
5. Precaução de isolamento respiratório _____	16
6. Descarte de material perfuro cortante _____	19
7. Descarte de resíduo hospitalar dos grupos A e D _____	22
8. Acidente com material biológico _____	25
9. Admissão de pacientes _____	28
10. Registro de enfermagem _____	31
11. Alta hospitalar _____	34
12. Preparo de cama hospitalar _____	36
13. Limpeza e desinfecção de leito _____	40
14. Verificação de Temperatura Corporal _____	42
15. Verificação de Pulso arterial _____	46
16. Verificação de Frequência Respiratória _____	49
17. Verificação de Peso Corpóreo _____	52
18. Verificação de Estatura _____	54
19. Punção Venosa Periférica _____	56
20. Retirada do Acesso Venoso _____	61
21. Preparação de material de Flebotomia _____	63
22. Punção de Jugular Externa _____	65
23. Auxílio em Punção Venosa Central _____	68
24. Administração de Medicamento Oral _____	72
25. Administração de medicação por Via Retal _____	74
26. Administração de medicamento via Enteral _____	78
27. Administração de medicação via subcutânea _____	81
28. Administração via sublingual _____	84
29. Administração de medicamento via ocular _____	86
30. Administração de medicação via intramuscular _____	89
31. Administração de intramuscular em Z _____	93

32. Gotejamento e escala de soro _____	96
33. Aquecimento de soro _____	99
34. Solicitação de aplicação de hemocomponente _____	101
35. Coleta de sangue _____	104
36. Coleta de material para exames _____	107
37. Posição do corpo Ventral _____	110
38. Posição do corpo Horizontal, Dorsal ou Supina _____	112
39. Posição de Fowler _____	115
40. Posição do corpo ginecológica ou litotomia _____	117
41. Posição do corpo Genupeitoral _____	120
42. Posição do corpo ereta, ortostática ou em pé _____	122
43. Posição de Sims _____	124
44. Restrição mecânica dos movimentos _____	126
45. Auxílio na deambulação de pacientes _____	129
46. Passar o paciente da cadeira para cama _____	131
47. Sentar o paciente em cadeira comum ou de rodas _____	133
48. Transporte do paciente do leito para maca _____	135
49. Higiene Oral _____	138
50. Banho de aspersão _____	141
51. Banho de leito _____	143
52. Higiene do cabelo em pacientes acamados _____	146
53. Higiene íntima feminina e masculina _____	149
54. Mudança de decúbito _____	152
55. Tricotomia _____	155
56. Alimentação enteral _____	158
57. Alimentação por gastrostomia _____	161
58. Higienização de bolsa de colostomia/iliostomia _____	164
59. Irrigação de ostomia intestinal _____	167
60. Limpeza da cânula de traqueostomia _____	169
61. Fixação de cânula orotraqueal e traquestomia _____	171
62. Aspiração traqueal _____	173
63. Auxílio na intubação orotraqueal _____	176
64. Cuidados com o dreno de tórax _____	180

65. Troca de selo d'água do frasco de drenagem torácica _____	182
66. Auxílio na retirada do dreno de tórax _____	185
67. Aplicação de bolsa de gelo _____	188
68. Aplicação de compressa fria _____	190
69. Aplicação de calor _____	192
70. Verificação da glicemia capilar – HGT _____	195
71. Utilização da Atadura _____	198
72. Técnica de colocação de luva estéril _____	200
73. Nebulização _____	203
74. Administração de medicamento via Nebulização/Inalação _____	206
75. Oxigenioterapia por cateter nasal tipo óculos _____	209
76. Oxigenioterapia por máscara de venturi _____	212
77. Sondagem nasogástrica _____	214
78. Sonda nasoenteral _____	217
79. Sonda vesical de demora feminina _____	221
80. Sonda vesical de alívio feminina _____	224
81. Sonda vesical de demora masculino _____	227
82. Sonda vesical de alívio masculino _____	230
83. Retirada de sonda vesical de demora _____	233
84. Lavagem intestinal _____	235
85. Mapa de dietas _____	238
86. Desinfecção de equipamentos _____	240
87. Tratamento de Pediculose _____	242
88. Remoção de lêndeas _____	245
89. Assistência de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar (RCP) Pediátrica ____	248
90. Curativo em ferida operatória _____	253
91. Curativo em ferida aberta _____	257
92. Realização de fototerapia em RN _____	261
93. Desinfecção de Fototerapia _____	263
Anexos da Pediatria _____	265
Anexo 01 _____	266

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Lavagem das mãos com água e sabonete		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº: 01	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar e padronizar o procedimento da lavagem simples das mãos, no Hospital Municipal Carolina Lupion, a fim de remover a microbiota transitória, sujidades e oleosidades, bem como prevenir infecções hospitalares.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Todos os profissionais do Hospital Municipal Carolina Lupion.

3. MATERIAIS:

- Água corrente;
- Sabonete Líquido;
- Papel toalha.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Abra a torneira e molhe as mãos sem tocar na pia;
- 4.2 Coloque sabonete na palma das mãos, suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos;
- 4.3 Ensaboar a palma da mão direita com a palma da mão esquerda, friccionando-as entre si;
- 4.4 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- 4.5 Entrelacem os dedos e friccionem os espaços interdigitais;

- 4.6 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice versa;
- 4.7 Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.
- 4.8 Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha e vice-versa;
- 4.9 Enxaguar as mãos, retirando totalmente os resíduos de sabonete;
- 4.10 Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- 4.11 Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- 4.12 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha e descartar no resíduo comum.
- 4.13 Duração do procedimento: 40-60 segundos

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. 2018, 16p.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Divisão de Enfermagem. **Procedimento Operacional Padrão “Higienização das Mãos”**, versão 5, disponível: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/pops/pop_higienizacao_das_maos_v5_final.pdf (acesso em 20/09/2022

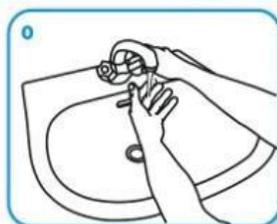
7. ANEXOS:

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

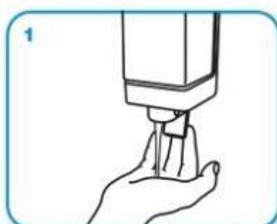
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!



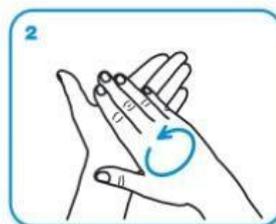
Duração de todo o procedimento: 40-60 seg.



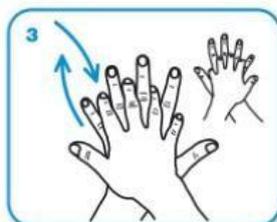
0 Molhe as mãos com água.



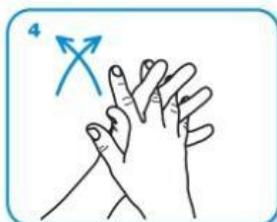
1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



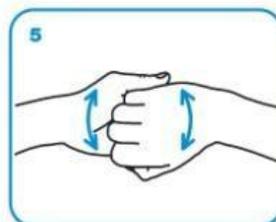
2 Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



3 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



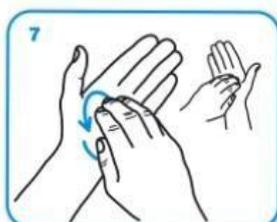
4 Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



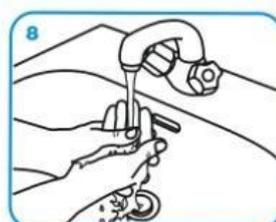
5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



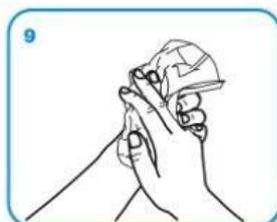
6 Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



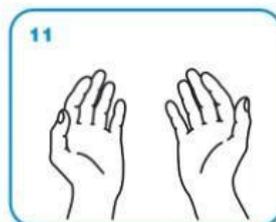
8 Enxágüe bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



11 Agora, suas mãos estão seguras.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem/Médicos
POP Nº: 02	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar e padronizar o procedimento da Fricção antisséptica das mãos com uso de álcool 70% no Hospital Carolina Lupion, removendo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Todos os profissionais do Hospital Municipal Carolina Lupion.

3. MATERIAIS:

- Álcool em gel ou líquido a 70%.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- 4.2 Friccionar as palmas das mãos entre si;
- 4.3 Após friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- 4.4 Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, e vice-versa;
- 4.5 Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;
- 4.6 Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular, e vice-versa.
- 4.7 Quando estiverem secas, suas mãos estão seguras.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. 2018, 16p.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Divisão de Enfermagem. **Procedimento Operacional Padrão “Higienização das Mãos”**, versão 5, disponível: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/pops/pop_higienizacao_das_maos_v5_final.pdf (acesso em 20/09/2022

7. ANEXOS:

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

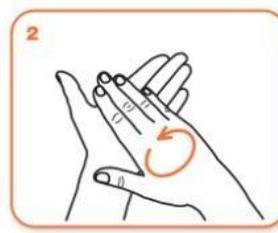
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



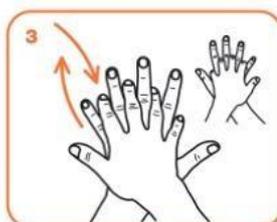
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



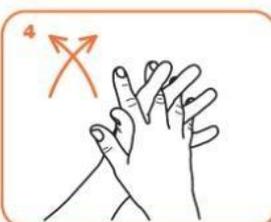
1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



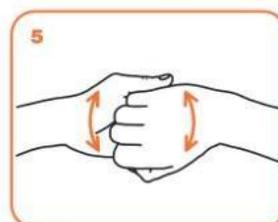
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



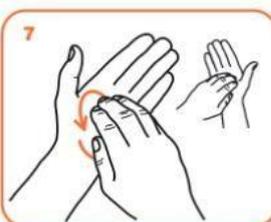
4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



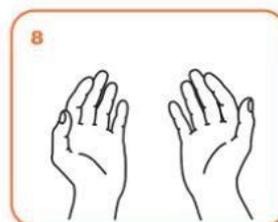
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Precaução Padrão		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº: 03	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar e padronizar a precaução padrão com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- A precaução padrão visa reduzir os riscos de transmissão de microrganismos no hospital que constituem basicamente em higienização das mãos, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) caso seja necessário, manejo e descarte corretos de materiais perfuro cortantes e resíduos.
- A precaução padrão é recomendada na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou com suspeita de contaminação, nas situações em que haja riscos de contatos com: sangue, com líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor.
- Deve ser seguida para todos os pacientes independente da suspeita ou não de infecções.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e médicos.

3. MATERIAIS:

- Água corrente;
- Sabonete Líquido;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimentos;
- Máscaras, protetores oculares ou de face;
- Avental;

- Materiais e equipamentos;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

4.1 Higienização das mãos conforme POP nº 01 deve ser realizado, obrigatoriamente, nos cinco momentos preconizados pela ANVISA:

- 4.1.1 Antes de tocar o paciente;
- 4.1.2 Antes da realização de procedimento asséptico/limpo;
- 4.1.3 Após tocar o paciente;
- 4.1.4 Após risco de exposição a fluidos corporais;
- 4.1.5 Após tocar superfícies próximas ao paciente.

4.2 Luvas descartáveis:

- 4.2.1 Usar luvas de procedimento quando houver riscos de contato com sangue, fluidos corporais, secreções e artigos contaminados, bem como tocar nas mucosas e pele não íntegra;
- 4.2.2 Remover as luvas imediatamente após o uso, não tocar com elas em itens não contaminados e superfícies limpas, ex: fechadura da porta;
- 4.2.3 Lavar as mãos imediatamente após retirar as luvas conforme POP nº01.

4.3 Máscaras descartáveis, protetores oculares ou de face:

- 4.3.1 Usar para proteger as mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos e atividades com pacientes que possam gerar respingos ou aerossóis de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

4.4 Avental:

- 4.4.1 Recomenda-se o uso sempre que houver risco de contato da pele ou da roupa do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

4.5 Materiais e equipamentos:

- 4.5.1 Manusear materiais e equipamentos sujos com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções de forma a prevenir a exposição de pele, mucosas, contaminação de roupas e transferência de microorganismos para outros pacientes e ambientes;

4.5.2 Realizar limpeza e desinfecção ou esterilização, de acordo com a classificação do artigo, após o uso;

4.5.3 Material perfuro cortante: manusear com cuidado os materiais perfuro cortantes, proceder o descarte adequado em recipientes rígidos e resistentes à perfuração. Seguir adequadamente as orientações para montagem e preenchimento destes recipientes, não ultrapassando o limite indicado.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: século XXI, 2005.

APECIH. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Precauções e Isolamento**. 2ª edição. São Paulo – SP. 2012.

7. ANEXOS:

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa pérfuro-cortante

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Precaução de isolamento de contato		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 04	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar as precauções que devem ser tomadas ao adentrar nos isolamentos do Hospital Municipal Carolina Lupion.
- Estas precauções visam prevenir a transmissão de micro-organismos, epidemiologicamente importantes, a partir de pacientes infectados ou colonizados, para outros pacientes, profissionais, visitantes, acompanhantes, por meio de contato direto (tocando o paciente e estabelecendo a transmissão pessoa por pessoas) ou indireto (ao tocar superfícies contaminadas próximas ao paciente ou por meio de artigo e equipamentos).

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Equipes de enfermagem e laboratório, médicos, acompanhantes e visitantes.

3. MATERIAIS:

- Aventais;
- Luvas descartáveis;
- Máscaras descartáveis;
- Álcool 70%.
- Lixeira de tampa com pedal.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Preparar material médico-hospitalar (identificação do quarto, luvas, aventais, etc.);

- 4.2 Orientar paciente e acompanhante quanto à importância de manter paciente em quarto privativo (quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro);
- 4.3 Realizar a higienização correta das mãos conforme POP nº01 ;
- 4.4 Vestir avental descartável de manga longa;
- 4.5 Colocar luvas de procedimentos;
- 4.6 Realizar o cuidado de enfermagem necessário;
- 4.7 Organizar o quarto;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento e avental, descartando no resíduo infectante;
- 4.9 Lavar as mãos conforme POP nº01.
- 4.10 Registrar dados.
- 4.11 Transporte de pacientes para realização de exames: Antes de encaminhar o paciente, avisar o setor de realização do exame sobre as precauções de contato; Ao manipular o paciente durante a sua transferência para maca/cadeira, calçar luva de procedimento e avental, quando houver risco de contato mais próximo; Após o transporte, realizar limpeza e desinfecção da maca e cadeira de rodas.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

APECIH. **Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar**. Precauções e Isolamento. 2ª edição. São Paulo – SP. 2012.

7. ANEXOS:

- Usar luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso.

- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Precaução de isolamento respiratório		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 05	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Descrever as precauções que devem ser tomadas pela equipe de enfermagem ao adentrar nos Isolamentos Respiratórios do Hospital Municipal Carolina Lupion.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Equipes de enfermagem e laboratório, médicos, acompanhantes e visitantes.

3. MATERIAIS:

- Aventais;
- Luvas;
- Máscaras;
- Álcool 70%
- Kit isolamento
- Lixeira de pedal com tampa

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Preparar material médico-hospitalar (identificação do quarto, luvas, aventais, etc.);
- 4.2 Orientar cliente/paciente e ou família quanto à importância de manter cliente/paciente em quarto privativo (quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro);
- 4.3 Realizar a higienização correta das mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Colocar máscara descartável: para partículas maiores que 5 micras utilizar máscara descartável, para partículas menores que 5 micras utilizar máscara N95;
- 4.5 Vestir avental descartável de manga longa;

- 4.6 Calçar luvas de procedimentos;
- 4.7 Realizar o cuidado de enfermagem necessário e organizar o quarto;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento descartando no resíduo infectante, conforme POP (Gerenciamento dos Resíduos de Saúde);
- 4.9 Lavar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.10 Retirar a máscara descartável desprezando no resíduo infectante, ou N95 deve ser acondicionada em um saco plástico, identificado com nome do funcionário, data e hora, podendo ser reutilizada por até 14 dias, após deverá ser descartada no resíduo infectante conforme POP (Gerenciamento dos Resíduos de Saúde);
- 4.11 Retirar o avental e descartá-lo no resíduo infectante
- 4.12 Registrar dados no prontuário eletrônico do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco Biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017
- POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- APECIH. **Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar**. Precauções e Isolamento. 2ª edição. São Paulo – SP. 2012.

7. ANEXOS:

- Usar luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Descarte de material perfuro cortante		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Médicos/Enfermagem
POP Nº: 06	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar os funcionários dos setores do Hospital Carolina Lupion quanto ao uso correto e descarte de materiais perfuro-cortantes, a fim de se evitarem acidentes com os mesmos.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, médicos e profissionais do Laboratório.

3. MATERIAIS:

- Caixa de perfuro-cortante;
- Agulhas;
- Seringas com agulhas;
- Scalp;
- Abocath;
- Lâminas de bisturi;
- Vidrarias (ampolas, frasco de medicações).

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- 4.2 Todo material perfuro cortante (agulhas, scalp, abocath, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes as perfurações e com tampa;

4.3 Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

4.4 Os recipientes específicos para descarte de material pérfuro cortante devem ser trocados diariamente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério do Trabalho. **Normas Regulamentadoras: Segurança e Medicina do Trabalho**. 48 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Resende, M.R.; Fortaleza, C.M.C.B. **Risco Ocupacional entre profissionais da área de saúde e medidas de proteção**. In: Colibrini, M. R. C.; Figueiredo, R. M.; Paiva, M. C. Leito – dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001.

Fernandes, A. M. O. et al. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. AB Editora: Goiânia, 2006.

7. ANEXOS:

<p>Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.</p>	 <p>RESÍDUO PERFUROCORTANTE</p>
--	--



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Descarte de resíduo hospitalar dos grupos A e D		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº: 07	EMISSÃO EM: 20/05/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Glauca Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar sobre o correto descarte de resíduo hospitalar dos grupos A e D.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares), equipe médica e de apoio diagnóstico (laboratorial, entre outros).

3. MATERIAIS:

- Lixeiras com acionamento através de pedal.
- Saco preto para descarte de material comum;
- Saco branco leitoso com simbologia adequada para descarte de resíduos potencialmente infectados.

4. DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS:

4.1 Resíduo infectante:

- 4.1.1 Desprezar todo lixo comum nas lixeiras com acionamento em pedal com identificação na tampa de tal resíduo, em saco branco leitoso com simbologia adequada para resíduos infectantes(símbolo de substancia infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos).

4.2 Resíduo comum e reciclável:

- 4.2.1 Desprezar todo o lixo comum nas lixeiras com saco preto, com acionamento em pedal e com identificação na tampa de tal resíduo;

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.
- Riscos biológicos;
- Riscos ambientais;
- Riscos ergonômicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Resolução RDC nº33, de 25 de fevereiro de 2003. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2003>
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>, acessado em maio/2023.

7. ANEXOS:

Resíduo infectante: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por sua características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

Resíduo comum ou reciclável: são todos os resíduos gerados no serviço que, por suas características, não necessitam de processos diferenciados relacionados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerados resíduos sólidos urbanos.

Símbolos de identificação dos grupos de resíduos	
<p>Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.</p>	
<p>Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável.</p> <p>Para os demais resíduos do grupo D deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Pode ser seguida de cor determinada pela Prefeitura. Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para a padronização de cor destes recipientes.</p>	 <p>VIDRO ■</p> <p>PLÁSTICO ■</p> <p>PAPEL ■</p> <p>METAL ■</p> <p>ORGÂNICO ■</p>

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Acidente com material biológico		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº: 08	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf ^a . Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf ^a . Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a conduta e os procedimentos a serem tomados em casos de acidentes com material biológico.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares), equipe médica e de apoio diagnóstico (laboratorial, entre outros).

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. PROCEDIMENTOS:

- **Conforme o Protocolo Operacional Padrão de Acidentes de Trabalho pela CCIH (Comissão de controle de infecção hospitalar), disponível na íntegra na pasta de notificações.**

4.1 Comunicar chefia imediata sobre o acidente;

4.2 Encaminhar profissional para atendimento médico e de enfermagem;

4.3 Realizar os primeiros cuidados locais:

- Exposição **percutânea ou cutânea**: lavar com água e sabão;
- Exposição em **mucosas** como a **conjuntiva**: irrigar com água e soro;

4.4 Realizar a notificação de acidente do trabalho com exposição a material biológico (SINAN) pelo enfermeiro. Comunicar Segurança de Trabalho imediatamente para

realização da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). O prazo máximo de 24 horas após o acidente para emissão e CAT. e comunicar o setor de Vigilância Epidemiológica do Município.

4.5 Realizar os testes rápidos para HIV, sífilis, hep. B e C do funcionário acidentado e do paciente fonte.

4.6 Solicitar exames de rotina (anti-HIV, HBsAg e anti-HCV) para o profissional (será coletado no momento do acidente, após 30 dias (1º mês), após 3 meses da primeira coleta (3º mês), e após 6 meses da primeira coleta (6º mês). Para o paciente fonte apenas no momento do acidente;

4.7 Analisar o esquema de vacinação da Hepatite B do profissional exposto;

4.8 A CCIH fica responsável por manter o controle dos exames, orientando os funcionários sobre as datas previstas para as próximas coletas.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.
- Riscos biológicos;
- Riscos ambientais;
- Riscos ergonômicos.

6. REFERÊNCIAS:

Manual de Condutas em exposição ocupacional a material biológico (Ministério da Saúde), 2009.

7. ANEXOS:

- Não se aplica;

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Admissão de pacientes		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 09	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a admissão do paciente pela equipe de enfermagem no Hospital Municipal Carolina Lupion.
- Acolher e orientar o paciente e seus responsáveis durante sua permanência, facilitando sua adaptação no setor.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Autorização de Internamento Hospitalar (AIH);
- Identificação do leito;
- Pulseira de identificação;
- Prescrição médica;
- Prancheta;
- Caneta;
- Kit para verificação de sinais vitais: esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, relógio, oxímetro;
- Pijama hospitalar;
- Kit de roupa de cama: lençol, fronha e cobertor.
- Se paciente cirúrgico, conferir a documentação necessário: check-list cirúrgico, autorização de cirurgia assinado pelos pais ou responsável, exames prévios (ultrassom, tomografia, exames laboratoriais);

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Preparar o leito que o paciente irá ocupar, após a notificação do serviço de internação;
- 4.2 Receber o paciente e seu responsável com cortesia, chamando-os pelo nome e se apresentando para os mesmos;
- 4.3 Verificar se o paciente já está com pulseira de identificação e se no internamento contém a identificação do leito. Caso não tiver, solicitar a recepção.
- 4.4 Apresentar a unidade encaminhá-lo ao quarto/leito que irá ocupar, mostrando onde fica o banheiro;
- 4.5 Encaminhar ao banho de admissão e vestir roupa apropriada, se necessário;
- 4.6 Orientar sobre as rotinas do hospital, horário das refeições, dieta, exames, medicações, procedimentos, higienização, horário de visita familiar e visita médica;
- 4.7 Conferir a prescrição médica e medicar o paciente;
- 4.8 Avisar o setor de Nutrição e dietética sobre o internamento e a dieta necessária;
- 4.9 Realizar a admissão enfermagem referente à hora e condições de entrada (deambulando, de maca, em cadeira de rodas), sinais vitais, peso, altura e orientações fornecidas;
- 4.10 O Enfermeiro deverá realizar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), ficha de avaliação de risco de queda e lesão por pressão.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LOPEZ, A.M., CRUZ R.J.M. **Guias Práticos de Enfermagem Hospitalização**. McGraw-Hill, 2001. 394p.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

7. ANEXOS:

- Caso seja solicitado exame de raio x na consulta médica, realiza-los antes de encaminhar o paciente para o internamento.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Registro de enfermagem		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 10	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar os procedimentos essenciais relacionados às anotações de enfermagem e passagem de plantão.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Prontuário eletrônico via sistema IDS;
- Bloco de prescrição de enfermagem, somente se sistema IDS estiver indisponível;
- Caneta azul (uso diurno);
- Caneta vermelha (uso noturno);
- Carimbo com o nome, função e registro do COREN;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

4.1 Anotações de enfermagem devem conter:

- 4.1.1 Registro completo do cabeçalho da prescrição de enfermagem, com todos os dados do paciente;
- 4.1.2 Abranger as condições bio-psico-sócio-espiritual do paciente; Relatar a presença de acompanhante e quem é: mãe, pai, avó, preferencialmente com o nome;
- 4.1.3 Assistência prestada;
- 4.1.4 Exames realizados;
- 4.1.5 Justificativas da não realização dos exames e cuidados planejados;

- 4.1.6 Reação do paciente frente aos tratamentos e cuidados prestados, permitindo dar condições para a continuidade dos cuidados;
- 4.1.7 Todos os dados devem ser registrados imediatamente após a ocorrência, para não ferir a seqüência dos fatos. Nunca antes ou depois, obedecendo aos seguintes requisitos:
- 4.1.7.1 Exatidão: os fatos devem anotados com precisão e veracidade. A omissão de dados ou registro errado demonstra inexatidão;
- 4.1.7.2 Brevidade: toda anotação deve ser objetiva e completa. Evitar palavras desnecessárias. Usar apenas as abreviaturas padronizadas e convencionadas.
- 4.1.7.3 Legibilidade: a anotação deve ser feita de forma nítida e a tinta, pois lápis não fornece um registro permanente. Utilizar a tinta azul para os registros diurnos e a tinta vermelha para os registros noturnos.
- 4.1.7.4 Identificação: logo após a anotação, o profissional deve assinar o seu nome seguido do número do COREN. Sendo aluno, colocar seu nome e a instituição de ensino. Iniciar colocando data, horário e terminar com a assinatura e o numero do COREN. Não deixar espaço em branco para evitar que alguém altere o registro feito. Não rasurar, pois isto poderá caracterizar alteração de registros feitos.

4.2 Passagem de plantão:

- 4.2.1 Deve ser iniciada as 06h50min horas para os plantões diurnos, e às 18h50min horas para os plantões noturnos;
- 4.2.2 Passar as informações referente ao paciente e intercorrências no plantão.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.
- POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Alta hospitalar		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 11	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem sobre a alta hospitalar.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Prontuário eletrônico via sistema IDS;
- Bloco de prescrição de enfermagem, somente se sistema IDS estiver indisponível;
- Caneta azul (uso diurno), Caneta vermelha (uso noturno);
- Carimbo com o nome, função e registro do coren;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Após a alta dada pelo médico responsável comunicar o responsável pelo paciente;
- 4.2 Orientar o responsável sobre os cuidados pós alta (ex: repouso, dieta, medicamentos, retorno, curativo);
- 4.3 Verificar se há receitas de medicamentos e devolver exames particulares ao paciente, deixando uma cópia no prontuário;
- 4.4 Avisar o serviço social ou interessado pela situação do paciente após a saída do hospital;
- 4.5 Reunir os pertences do paciente e providenciar sua roupa;
- 4.6 Técnico de enfermagem deverá acompanhar o paciente e o seu familiar, com prontuário e exames até o SAME/PORTARIA, deambulando, em cadeira de rodas ou maca, conforme a necessidade;

- 4.7 Fazer as anotações de enfermagem, contendo: a hora da saída, tipo de alta, condições do paciente, presença do acompanhante e orientações dadas;
- 4.8 Providenciar a limpeza terminal da unidade.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALEXANDRE, N. M. C. et al. **Procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Sécuro XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica;

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Preparo de cama hospitalar		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 12	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem sobre o preparo da cama hospitalar fechada, aberta, com paciente e para paciente operado.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- 01 lençóis;
- 01 travessa;
- 01 toalha de banho;
- 01 fronha;
- 01 cobertor;
- Luvas de procedimentos;
- Sacos plásticos para resíduos;
- Hamper.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

4.1 Cama fechada: aquela que está desocupada, aguardando a chegada do paciente.

4.1.1 Reunir todo o material necessário e levá-lo ao quarto;

4.1.2 Afastar a mesa de cabeceira;

4.1.3 Colocar a roupa no espaldar da cadeira, observando a ordem em que será usada: primeiro as toalhas, depois a fronha, o cobertor, os lençóis;

4.1.4 Dobradura: usar movimentos amplos, segurando a ponta superior e o lado mais próximo do lençol. Dobrar duas vezes no sentido da largura ponta com ponta. Dobrar

uma vez no sentido do comprimento e colocar na cadeira, observando que as pontas fiquem no lado esquerdo (voltadas para a cama);

4.1.5 Segurar o lençol pelo lado direito e colocá-lo sobre o centro do colchão, de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;

4.1.6 Colocar o primeiro lençol, prendendo-o por baixo e fazendo a dobra não cobrir o canto. Para manter o lençol esticado usa-se fazer também fazer um nó com as pontas do lençol, sob o colchão. Alguns serviços utilizam lençol com elástico;

4.1.7 Estender o lençol de cima, colocando a bainha rente ao colchão, na cabeceira da cama, fazendo uma prega no centro, aos pés da cama. É a prega de conforto;

4.1.8 Colocar o cobertor a dois palmos da cabeceira, estendendo-o sobre o lençol;

4.1.9 Colocar a colcha também a dois palmos da cabeceira, fixando-a no cobertor ou lençol de cima com uma pequena dobra;

4.1.10 Rebater o lençol de cima sobre a colcha;

4.1.11 Cobrir o travesseiro com a fronha e colocá-la na metade da cama já pronta;

4.1.12 Virar as roupas aos pés da cama, cobrindo o canto, primeiro com o lençol de cima e cobertores, cuidando sempre para não desfazer o que já está pronto. Para isso, segurar com uma das mãos e fazer a dobra com a outra;

4.1.13 Passar para outro lado da cama, dobrar a roupa para cima, peça por peça;

4.1.14 Completar a cama continuando pelos pés encerrando na cabeceira;

4.2 Cama aberta: aquela que está sendo ocupada por um paciente que pode deambular;

4.2.1 Segue o método de arrumação anteriormente citado;

4.2.2 Colocar a roupa suja no hamper. Não jogar roupas no chão;

4.2.3 A travessa é indicada para pacientes com incontinência urinária, feridas, secreções.

4.2.4 A localização sobre a cama varia conforme a necessidade.

4.3 Cama com paciente: cama ocupada por um paciente que não pode deambular:

4.3.1 Orientar o paciente sobre o cuidado;

4.3.2 Organizar o material, se necessário, colocar o biombo;

4.3.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01 e calçar as luvas;

4.3.4 Enrolar as roupas de cama necessárias, colocando-a no espaldar da cadeira;

4.3.5 Dobrar os cobertores, deixando só o necessário com o paciente;

4.3.6 Colocar o paciente para o lado esquerdo, dobrando sobre ele a roupa de cama;

4.3.7 Retirar gradativamente a roupa de cama, ao mesmo tempo em que se coloca as roupas limpas sobre o colchão, fazendo os cantos e prendendo-as;

- 4.3.8 Passar o paciente para o lado já pronto;
- 4.3.9 Continuar a retirada gradativa da roupa usada, colocando a limpa, compondo os cantos;
- 4.3.10 Colocar, peça por peça, a roupa usada no hamper;
- 4.3.11 Trocar a fronha;
- 4.3.12 Deixar o paciente confortável no centro da cama;
- 4.3.13 Trocar o lençol de cima, mantendo o paciente coberto;
- 4.3.14 Colocar o cobertor;
- 4.3.15 Dobrar o lençol sobre o cobertor e finalizar, compondo o canto do colchão;
- 4.3.16 Colocar ordem no material e lavar as mãos conforme POP nº01.

4.4 Cama para paciente operado: receber paciente que está na sala de cirurgia, sob anestesia:

- 4.4.1 Organizar o material necessário;
- 4.4.2 Arrumar o lençol de baixo, da mesma maneira que a cama simples;
- 4.4.3 Colocar uma travessa geralmente no centro da cama. O local pode variar conforme a cirurgia;
- 4.4.4 Colocar as demais roupas sem fazer os cantos;
- 4.4.5 Nos pés, dobrar as roupas para cima, deixando-as rente ao colchão;
- 4.4.6 Enrolar ou dobrar tudo para o lado que melhor se adaptar a entrada do paciente;
- 4.4.8 Providenciar frascos de drenagem, oxigênio, aspirador, suporte para soro, grade de proteção, dependendo da necessidade do paciente no pós-cirúrgico;
- 4.4.9 Colocar ordem no material;
- 4.4.10 Lavar as mãos conforme POP nº 01.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.
- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Limpeza e desinfecção de leito		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Operacional e serviços gerais
POP Nº: 013	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar quanto à desinfecção do leito hospitalar.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Operacional e serviços gerais

3. MATERIAIS:

- Luvas de procedimentos;
- Panos limpos;
- Água;
- Sabão;
- Surfic 0,5%

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Este procedimento deve ser realizado semanalmente ou na alta do paciente, logo após a limpeza com água e sabão da cama do paciente;
- 4.2 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.3 Passar Surfic 0,5% em toda a extensão do colchão, inclusive dobrando o colchão e passando no estrado da cama e na cama.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SOUZA, V. H. S. MOZAECHI, N. **O hospital – manual do ambiente hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Verificação de Temperatura Corporal		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 014	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Normatizar e padronizar o procedimento de verificação da temperatura corporal, avaliar a resposta da temperatura às terapias, auxiliando no diagnóstico médico e de enfermagem.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Termômetro digital;
- Termômetro infravermelho
- Algodão
- Álcool a 70%.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

4.1 Temperatura axilar:

- 4.1.1 Lavar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.1.2 Explicar ao paciente o procedimento;
- 4.1.3 Realizar assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- 4.1.4 Enxugar a axila, caso seja necessário;
- 4.1.5 Colocar o termômetro no côncavo da axila, de maneira que a ponteira fique em contato direto com a pele;

- 4.1.6 Pedir ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando mão no ombro oposto;
- 4.1.7 Deixar que o termômetro permaneça no local até soar o bip (digital), em seguida retirá-lo e fazer a leitura;
- 4.1.8 Realizar desinfecção do termômetro com o algodão embebido em álcool a 70%;
- 4.1.9 Recolher o material;
- 4.1.10 Informar ao paciente o valor e anotar no prontuário do paciente.

4.2 Temperatura inguinal:

- 4.2.1 O método é o mesmo, conforme citado anteriormente, variando apenas o local: região inguinal;
- 4.2.2 Verificada mais comumente em recém-nascidos, neste caso, manter a coxa da criança flexionada sobre o abdome.

4.3 Temperatura bucal:

- 4.3.1 Explicar ao paciente o que vai ser feito;
- 4.3.2 Colocar o termômetro sob a língua do paciente, recomenda que o conserve na posição, mantendo a boca fechada por 5 minutos;
- 4.3.3 Retirar o termômetro, ler a temperatura e anotá-la, escrevendo o local em que foi verificado;
- 4.3.4 Realizar a assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- 4.3.5 É contra indicado logo após a ingestão de alimentos gelados ou quentes. O termômetro deve ser individual.

4.4 Temperatura retal:

- 4.4.1 Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento conforme POP nº01;
- 4.4.2 Colocar o paciente em decúbito lateral;
- 4.4.3 Lubrificar o termômetro com vaselina e introduzi-lo dois centímetros pelo ânus;
- 4.4.4 Retirar o termômetro após o som de “bip” e ler a temperatura;
- 4.4.5 Realizar a assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- 4.4.6 Retirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4.7 Anotar a temperatura, escrevendo o local de verificação.

4.5 Temperatura Frontal:

4.5.1 O procedimento é o mesmo aferido no item 4.1 , 4.2 e 4.3 mudando apenas a região a ser verificada a temperatura;

4.5.2 Apontar o termômetro infravermelho para a região frontal (testa), pressionar o botão indicado e aguardar o bip sonoro para terminar a leitura.

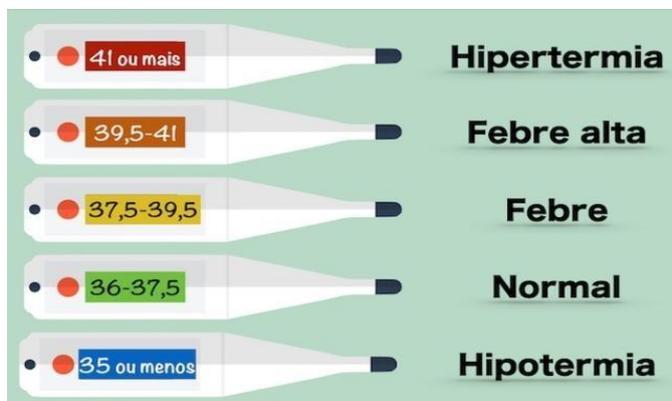
5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio [et al.]. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático.** - [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

7. ANEXOS:



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Verificação de Pulso arterial		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 015	EMISSÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Normatizar e padronizar a verificação do pulso arterial, avaliando as condições hemodinâmicas do paciente e detectar arritmias cardíacas.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Relógio com ponteiro de segundos.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.3 Posicionar o paciente confortavelmente;
- 4.4 Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as;
- 4.5 Colocar as polpas digitais dos dedos médios e indicador sobre a artéria Braquial (em bebês) ou carotídea (em crianças mais velhas) e comprima levemente.
- 4.6 Contar os batimentos durante 1 minuto;
- 4.7 Observar arritmias e amplitude;
- 4.8 Repetir o procedimento, se necessário;
- 4.9 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.10 Realizar anotações no prontuário eletrônico do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CARMAGNANI, Maria I. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

AHA. **Pediatric Advanced Life Support Provider Manual**. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment. 2016.

7. ANEXOS:

Frequências Cardíacas Normais (batimentos/min)

Idade	Frequência em Vigília	Frequência em Sono
Neonatos	100-205	90-160
Bebê	100-180	90-160
1 a 3 anos	98-140	80-120
Idade pré-escolar	80-120	65-100
Idade escolar	75-118	58-90
Adolescente	60-100	50-90

- Sempre considerar a faixa e o estado clínico normais do paciente. A frequência cardíaca normalmente aumenta com febre ou estresse.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Verificação de Frequência Respiratória		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 016	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a verificação da frequência respiratória, avaliando o funcionamento do sistema respiratório.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Relógio com ponteiro de segundos.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 O paciente deve estar em repouso por pelo menos 5 a 10 minutos;
- 4.3 Assegurar que o tórax seja exposto para avaliação das excursões respiratórias;
- 4.4 Posicionar o paciente confortavelmente;
- 4.5 Colocar a mão no pulso radial do paciente, como se fosse controlar o pulso e observar os movimentos respiratórios;
- 4.6 Contar a frequência respiratória, inspiração e expiração, ciclo completo, durante 1 minuto;
- 4.7 Verificar a profundidade, se a excursões ou movimentos da parede torácica são iguais e completas em ambos os lados do tórax;
- 4.8 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.9 Anotar no prontuário eletrônico.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CARMAGNANI, Maria I. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

AHA. **Pediatric Advanced Life Support Provider Manual**. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment. 2016.

7. ANEXOS:

Frequências Respiratórias Normais (respirações/min)	
Idade	Frequência
Bebê	30-53
1 a 3 anos	22-37
Idade pré-escolar	20-28
Idade escolar	18-25
Adolescente	12-20

- Este procedimento pode ser realizado apenas pela observação do tórax ou então colocar a mão sobre o mesmo para avaliação;
- É importante registrar se o paciente está recebendo suplementação de oxigênio (máscara ou cateter nasal, e a vazão em litros do oxigênio por minuto);
- O paciente deve estar tranquilo e em silêncio;

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Verificação de Peso Corpóreo		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 017	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar o procedimento de verificação do peso corpóreo, avaliando o estado nutricional, ganhos, perdas, retenção de líquidos e fornecer valores para adequar a medicação, hidratação e a dieta para o paciente.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Balança mecânica ou eletrônica;
- Papel toalha.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento;
- 4.3 Verificar as condições da balança;
- 4.4 Forrar a base da balança com papel toalha;
- 4.5 Retirar ou pedir para acompanhante que retire os sapatos e roupas pesadas;
- 4.6 Colocar ou ajudar o paciente a subir na balança;
- 4.7 Se a balança for digital leia o valor obtido, se for mecânica, ajuste os indicadores e verifique o peso;
- 4.8 Retirar ou ajudar o paciente a descer da balança;
- 4.9 Remover o papel-toalha da balança;
- 4.10 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.11 Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOSACHI, Nelson **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. 10ª Edição Curitiba: Os Autores, 2005.

CARMAGNANI, Maria I. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

7. ANEXOS:

- O procedimento deve ser realizado preferencialmente pela manhã, com o paciente em jejum.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Verificação de Estatura		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 018	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Normatizar e padronizar a verificação de medidas antropométricas, fornecendo subsídios para as dosagens de medicamentos e anestésicos, detectar as variações patológicas, acompanhar o crescimento e desenvolvimento pondero-estatural.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Balança antropométrica ou Infantômetro Portátil Horizontal;
- Papel toalha.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.2 Explicar o procedimento;
- 4.3 Retirar ou pedir para acompanhante que retire os sapatos e roupas pesadas;
- 4.4 Colocar o paciente ereto, de costas para o antropômetro, com os calcanhares unidos, olhando para o horizonte;
- 4.5 Se for lactente, utilizar o Infantômetro Portátil Horizontal, deitando o paciente em dorsal, apoiando a cabeça e o pé, esticando o membro inferior, fazer a leitura.
- 4.6 Deixar o ambiente em ordem;
- 4.7 Higienizar as mãos POP nº 01;
- 4.8 Anotar no prontuário eletrônico do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

FERNANDES, M. V. et al. **Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem**. Eduel, Londrina: 2002.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Punção Venosa Periférica		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 019	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enfª. Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enfª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enfª. Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre os pontos básicos e imprescindíveis na punção venosa periférica, para evitar punções repetitivas, desperdiçar materiais e proporcionar conforto ao paciente.
- É um procedimento que se caracteriza pela instalação de um dispositivo (acath ou scalp) no interior do vaso venoso para administração de fluidos, de forma direta (bolus) ou em infusão contínua.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Par de luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Esparadrapo;
- Garrote;
- Dispositivo intravenoso escolhido (acath ou scalp);
- Conectores, tampinha ou polifix;
- Talas e/ou faixas de ataduras;
- Material a ser infundido (medicamento, soro e hemocomponentes).

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Reunir o material;
- 4.3 Levar o material ao quarto do paciente;
- 4.4 Explicar o procedimento à criança e ao responsável;
- 4.5 Manter o paciente em uma posição confortável;
- 4.6 Inspeccionar e palpar a rede venosa, dando preferência às veias mais proeminentes, firmes e menos tortuosas, iniciando pela parte distal. Observar as veias evitando as lesionadas, avermelhadas e ou inchadas, veias previamente infectadas, região de articulações, veias muito pequenas para o calibre do cateter;
- 4.7 Respeitar a sequência: dorso das mãos, antebraços, braços, MMII e cabeça;
- 4.8 Calçar as luvas de procedimentos (ambas as luvas);
- 4.9 Colocar o garrote aproximadamente 5 cm acima do local a ser puncionado (se necessário, pedir ao paciente que abra e feche a mão);
- 4.10 Fazer a antissepsia do local a ser puncionado, numa única direção (do local a ser puncionado para cima) e uma vez em cada face do algodão umedecido com álcool 70%;
- 4.11 No caso de sujidade visível no local selecionado para punção, removê-la com água e sabão ou com clorexidina degermante a 2% antes da aplicação do antisséptico a base de álcool.
- 4.12 Um novo cateter deve ser usado a cada tentativa de punção no mesmo paciente.
- 4.13 Retirar o protetor de agulha do dispositivo;
- 4.14 Tracionar a pele com o indicador ou o polegar da mão não dominante, para fixar a pele e prevenir que a veia não se mova;
- 4.15 Perfurar a pele e os tecidos subjacentes com ângulo de 15º a 30º em direção à veia, introduzir lentamente o dispositivo na veia, com o bisel voltado para cima;
- 4.16 Com o cateter flexível não agulhado: após introduzir o cateter lentamente, observar o retorno venoso, avançar 0,5 cm, tracionar o guia e avançar o cateter na veia, soltar o garrote, retirar o guia, pressionar o cateter para evitar extravasamento de sangue e conectar o polifix;
- 4.17 Conectar o equipo/polifix e abrir o soro ou sangue ou medicamento a ser infundido;
- 4.18 Depois de puncionada, realizar a fixação correta, fazer uso de micropore e ou faixa com ataduras, fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;

- 4.19 Identificar com: número do calibre do cateter, data, horário e assinatura;
- 4.20 Recolher o material, desprezar as luvas;
- 4.21 Realizar desinfecção do garrote com algodão umedecido com álcool 70%;
- 4.22 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.23 Anotar no prontuário eletrônico o procedimento.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico
- Risco físico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH, J. **Manual de procedimentos de enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

PHILLIS, D. S. **Manual de terapia intravenoso**. Porto Alegre, Artmed, 2001.

SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. **O hospital – Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Terceira Diretoria. **Práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde**. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 04 / 2022.

7. ANEXOS:

De acordo com a ANVISA (2022) deve-se:

- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações.
- Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas;
- Os cateteres flexíveis, como o de poliuretano, estão associados a menores complicações infecciosas do que cateteres confeccionados com cloreto de polivinil ou

polietileno e ainda contribuem significativamente para a redução de flebites em punções venosas periféricas. Não devem permanecer no interior de incubadoras, berços aquecidos durante o processo da escolha da veia e antissepsia da pele, pois a exposição à temperatura desses ambientes poderá deixá-los mais flexíveis e dificultar a punção;

- Os cateteres rígidos podem lesar a camada interna da veia, contribuindo para a ocorrência de complicações como flebite, formação de trombos e obstruções. Não devem ser inseridos em regiões de articulações, devido ao risco de infiltração e rompimento do vaso, além de prejudicar a mobilidade do paciente. Seu uso é restrito para punções intermitentes e administração de infusão em dose única;
- Proteger o sítio de inserção e conexões com um plástico durante o banho.
- Realizar flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão.
- Realizar flushing antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis.
- Avaliar o sítio de inserção do acesso e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, calor, edema, dor e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia.
- O cateter não deve ser trocado em um período inferior às 72h. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá: da avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Retirada do Acesso Venoso		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 020	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Atender a suspensão de administração de soroterapia, conforme prescrição médica.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Algodão, luva de procedimento;
- Almotolia com álcool a 70%;
- Espadrado.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.4 Fechar a pinça rolete do equipo;
- 4.5 Fazer leve compressão junto ao local de inserção do dispositivo com algodão;
- 4.6 Pressionar o local onde foi retirado o dispositivo até obter a hemostase;
- 4.7 Colocar um pequeno curativo no local da retirada do dispositivo, se necessário;
- 4.8 Deixar o paciente confortável, removendo todo o material e encaminhando-os ao expurgo;
- 4.9 Retirar as luvas, lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.10 Fazer as anotações no relatório de enfermagem.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH, J. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. O hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed.

Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Preparação de material de Flebotomia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem/ Médicos
POP Nº: 021	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Consiste em uma pequena intervenção cirúrgica para proporcionar a visualização e acesso à uma veia.
- Esta técnica é utilizada quando uma veia periférica ou uma veia central não podem ser alcançadas através de uma punção tradicional. As veias mais frequentemente utilizadas na dissecação venosa são a basilíca ao nível da prega do cotovelo, a braquial no sulco biceptal e a veia safena ao nível do maléolo interno.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Médicos (execução do procedimento)

3. MATERIAIS:

- Mesa auxiliar;
- Foco auxiliar;
- Caixa de dissecação de veia ou pequena cirurgia ou conjunto de descartáveis para dissecação de vasos;
- Cateteres de diversos calibres;
- Suporte de soro;
- Fio de sutura: algodão 2-0 ou 3-0;
- Agulha estéril na caixa de pequena cirurgia;
- Solução anti-séptica;
- Luvas estéreis;
- Pacote de campos para flebotomia (padronizado para a caixa de flebotomia).

- Anestésico local a 2% sem vasoconstritor;
- Frasco de soro prescrito, montado com equipo;
- Soro fisiológico na cuba redonda, pequena (da caixa de dissecação de veia);
- Lâmina de bisturi número 22 ou de acordo com o número do cabo de bisturi;
- Fita adesiva;
- Recipiente para lixo.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- De competência médica.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco Biológico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SOUZA, V.H.S.; MOZAECHI, N. O Hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed.
Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Punção de Jugular Externa		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem / Médico
POP Nº: 022	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica de punção de jugular externa, que é a introdução de um cateter na veia jugular externa para administração de soro e medicamentos.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Médicos e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Luva de procedimento;
- Cateter Dispositivo Intravenoso nº: 24/22/20/18;
- Equipo Macrogotas;
- Polifix;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Álcool a 70%;
- Gaze Estéril;
- Micropore.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Dispor de todo material na bandeja;
- 4.3 Encaminhar-se ao leito do paciente;
- 4.4 Explicar o procedimento;
- 4.5 Posicionar o paciente: decúbito dorsal, elevar membros inferiores (se não houver contra-indicação) cabeça lateralizada para o lado oposto a punção;

- 4.6 Calçar luvas;
- 4.7 Fazer assepsia ampla com álcool a 70% no local da punção. Sentido de cima para baixo;
- 4.8 Conectar o soro ao equipo, deixando o material pronto;
- 4.9 Distender o local para proceder à punção;
- 4.10 Introduzir o cateter endovenoso;
- 4.11 Na observação de refluxo sanguíneo acoplar o polifix;
- 4.12 Para confirmar punção, conecte o soro, observando sinal de refluxo (abaixar o soro em nível inferior à altura da veia);
- 4.13 Fixar com esparadrapo ou micropore.
- 4.14 Identificar com data, hora, número do cateter e assinatura legível de quem procedeu à punção;
- 4.15 Deixar o material em ordem.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos biológicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SOUZA, V.H.S. MOZAECHI, N. **O Hospital – Manual do Ambiente Hospitalar**. 2ª ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- OBSERVAÇÃO: A prática da punção de jugular externa é restrita a médicos e enfermeiros.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Auxílio em Punção Venosa Central		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem / Médico
POP Nº: 023	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica para auxiliar o médico na punção venosa central.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Material estéril para punção de acesso venoso central;
- Avental estéril;
- Luva estéril;
- Solução antisséptica;
- Cateter venoso central (conforme a solicitação do médico);
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 40 x 12;
- Agulha 25x7;
- Xilocaina 2% sem vasoconstritor;
- Torneira de 3 vias;
- Fio algodão 2-0 com agulha;
- Polifix 4 Vias;
- Equipo conectado a soro prescrito;
- Gaze estéril;
- Micropore.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.2 Preparar o material necessário;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Dispor o material necessário em mesa auxiliar;
- 4.5 Abrir bandeja de punção central, sem contaminar;
- 4.6 Abaixar a cabeceira do paciente;
- 4.7 Retirar travesseiro;
- 4.8 Manter corpo alinhado;
- 4.9 Conectar soro no equipo e polifix;
- 4.10 Retirar ar do circuito;
- 4.11 Abrir o material e auxiliar o médico durante o procedimento;
- 4.12 Abrir o soro para verificar permeabilidade quando solicitado pelo médico;
- 4.13 Observar o curativo, sinais de sangramento;
- 4.14 Elevar cabeceira;
- 4.15 Estar atento à instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia, insaturação, dispnéia);
- 4.16 Recolher o material utilizado;
- 4.17 Encaminhar o material permanente ao expurgo;
- 4.18 Manter o ambiente organizado;
- 4.19 Anotar o procedimento realizado no prontuário eletrônico do paciente.

4.20 Retirada do Cateter Venoso Central:

- 4.20.1 O paciente deve estar posicionado em decúbito dorsal horizontal;
- 4.20.2** Retirar cuidadosamente o curativo;
- 4.20.3 Realizar a anti-sepsia;
- 4.20.4 Cortar as fixações dos pontos cirúrgicos;
- 4.20.5 As via(s) de infusão deverão estar totalmente pinçadas;
- 4.20.6 Retirar o cateter venoso central;
- 4.20.7 O orifício da inserção do cateter venoso central deve ser rapidamente fechado, com curativo oclusivo e compressivo, devido ao risco de embolia aérea.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DIEPENBROCK, Nancy H. **Cuidados Intensivos**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

KNOBEL, Elias. **Enfermagem Terapia Intensiva**. Atheneu São Paulo, 2006.

KNOBEL, Elias. **Condutas no Paciente Grave** 3ªed. São Paulo: Atheneu, 2006.

7. ANEXOS:

- Procedimento privativo do médico;
- Os cateteres venosos centrais (CVC) são utilizados para infusão de medicações e soluções endovenosas em pacientes com limitação de acesso venoso periférico, ou ainda para infusão de nutrição parenteral, drogas vasoativas e acesso para hemodiálise;
- Os cuidados com cateteres venosos centrais incluem o momento de sua inserção, a monitorização do local de inserção, bem como a manutenção de seu posicionamento e permeabilidade;
- A escolha do local de inserção depende da anatomia de cada paciente. Os locais mais comuns são: veias jugulares internas, veias subclávias e veias femorais;
- O tempo de permanência do cateter venoso central é variável. Deverá levar em consideração a necessidade de infusão por veia central bem como sinais flogísticos no local da inserção ou sinais de infecção sistêmica. Portanto, o cateter venoso central deverá ser retirado assim que terminar sua indicação médica, ou com a presença de sinais flogísticos e/ou infecção sistêmica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de Medicamento Oral		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 024	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf ^a . Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf ^a . Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica de administração de medicação por via oral.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Copo com água.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Conferir a prescrição médica e preparar o material necessário;
- 4.2 Higienizar as mãos, POP nº01;
- 4.3 Explicar procedimento ao paciente e ao seu acompanhante;
- 4.4 Colocar o paciente sentado ou em decúbito elevado;
- 4.5 Entregar o medicamento ao paciente e oferecer o copo com água;
- 4.6 Esperar o paciente deglutir o medicamento;
- 4.7 Recolher o material utilizado;
- 4.8 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.9 Checar medicação administrada no sistema eletrônico;

5. FATORES DE RISCO:

- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- Os comprimidos poderão ser triturados, conforme a necessidade, a fim de facilitar sua deglutição.
- Medicamentos em cápsulas: se o paciente não conseguir deglutir, não se deve abri-las e administrar o conteúdo diluído. Recomenda-se verificar com o médico a possibilidade da alteração da apresentação e via de administração.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de medicação por Via Retal		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 025	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica de administração de medicação por via retal;
- Administrar medicamentos no reto e no cólon sigmóide para facilitar evacuações, aliviar a dor, distensão abdominal, flatulência e constipação com ação terapêutica e/ou preparo para exames diagnósticos, radiológicos ou endoscópicos ou procedimentos cirúrgicos.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Biombo;
- Medicamento prescrito;
- Roupa de cama;
- Hamper;
- Sonda retal;
- Forro;
- Lençol ou toalha;
- Comadre;
- Gel hidrossolúvel;
- Máscara;
- Óculos de proteção.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Preparar o material necessário;
- 4.3 Promover privacidade;
- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Explicar procedimento ao paciente e seu acompanhante;

4.6 Calçar luvas de procedimento;

4.7 Medicamentos supositórios:

- 4.7.1 Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna direita fletida em direção ao peito e a perna esquerda esticada;
- 4.7.2 Afastar a prega interglútea para melhor visualização;
- 4.7.3 Retirar o supositório da embalagem;
- 4.7.4 Introduzir a extremidade afilada do supositório no ânus do paciente, usando o dedo indicador, até que ultrapasse o esfíncter anal interno;
- 4.7.5 Manter o paciente deitado por alguns minutos após a colocação do supositório;
- 4.7.6 Orientar o paciente para reter o supositório no intestino o tempo máximo que ele conseguir;
- 4.7.7 Higienizar o paciente se necessário;
- 4.7.8 Descartar embalagem e luva em local apropriado;
- 4.7.9 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.7.10 Anotar no prontuário.

4.8 Lavagem (enteroclisma) ou clister (enema):

- 4.8.1 Pendurar o frasco com a solução prescrita no suporte de soro;
- 4.8.2 Higienizar a região anal;
- 4.8.3 Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
- 4.8.4 Lubrificar a sonda retal ou o bico do frasco de enema com gel hidrossolúvel;
- 4.8.5 Calçar luvas de procedimento, colocar a máscara e óculos;
- 4.8.6 Afastar as nádegas;
- 4.8.7 Introduzir a sonda retal ou o bico do frasco de enema;
- 4.8.8 Abrir o equipo;
- 4.8.9 Infundir lentamente toda a solução, no caso do clister, apertar o frasco até esvaziá-lo completamente;

- 4.8.10 Orientar ao paciente para reter a solução por 5 a 15min;
- 4.8.11 Retirar a sonda ou o frasco;
- 4.8.12 Encaminhar o paciente ao banheiro ou oferecer a comadre;
- 4.8.13 Manter o ambiente organizado;
- 4.8.14 Retirar as luvas;
- 4.8.15 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.8.16 Anotar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco físico;
- Riscos biológicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- Observar as características das eliminações, presença de sangue e secreções, cor, consistência, odor e quantidade;
- Quando houver resistência à passagem da sonda, ou o paciente sentir dor, interrompa o procedimento e comunique o médico.
- A introdução de pequena quantidade de líquidos é chamada clister (até 150ml). Acima desta quantidade, é chamada enteroclisma ou lavagem intestinal.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de medicamento via Enteral		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 026	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a administração de medicamentos por sonda Enteral;
- Administrar medicamentos por sonda enteral para pacientes com impossibilidade, contraindicação ou dificuldade de deglutição.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Estetoscópio;
- Seringa de 10 ml;
- Triturador de comprimidos;
- Água;
- Luva de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos conforme POP nº01 ;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Se o medicamento for solução, aspirar a dose prescrita com a seringa;
- 4.5 Se for comprimido, retirar da embalagem e colocar no triturador, até tornar-se pó, diluir em 10 ml de água e aspirar com a seringa;

- 4.6 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.7 Manter a cabeceira do leito elevada no mínimo 30°, sempre que não houver contraindicações;
- 4.8 Testar o posicionamento da sonda, injetar ar com a seringa e auscultar;
- 4.9 Administrar o medicamento;
- 4.10 Lavar a sonda com 10 ml de água;
- 4.11 Deixar sonda fechada por 30 min em caso de Sonda Nasogástrica (SNG) aberta;
- 4.12 Acomodar o paciente confortavelmente;
- 4.13 Manter o ambiente organizado;
- 4.14 Registrar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- A expressão via sonda enteral é utilizada para definir acesso ao sistema digestório por sonda oro ou nasogástrica, nasoentérica, e ostomias de nutrição. Certificar que o medicamento pode ser triturado.
- A lavagem da sonda após a administração de dieta ou medicamentos é importante para prevenir obstruções.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de medicação via subcutânea		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 027	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a . Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica de administração de medicações por via subcutânea;

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Agulha 25X7mm;
- Agulha 13X4,5mm;
- Seringa de 1 ml.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos conforme descrito no POP nº 01;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Aspirar o medicamento utilizando a agulha 25X7mm e a seringa 1ml, sem deixar ar no interior;
- 4.5 Trocar a agulha por outra 13X4,5mm;
- 4.6 Explicar o procedimento ao paciente e seu acompanhante;
- 4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.8 Colocar o paciente em posição adequada;

- 4.9 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.10 Proporcionar privacidade;
- 4.11 Expor a área de aplicação;
- 4.12 Fazer assepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, utilizando movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- 4.13 Pinçar a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta a que segura a seringa;
- 4.14 Introduzir a agulha na pele, fazendo com esta um ângulo de 90° e não tracione o êmbulo da seringa, injetar o medicamento;
- 4.15 Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e único, aplicando pouca pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão seco;
- 4.16 Verificar o local da punção, observando a formação de hematomas ou reações;
- 4.17 Recolher o material utilizado;
- 4.18 Desprezar o lixo em local adequado;
- 4.19 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.20 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.21 Manter o ambiente limpo e organizado;
- 4.22 Registrar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- Evitar puncionar membros paralizados, imobilizados ou com lesões;
- Os locais mais apropriados para injeção subcutânea são as faces externa e posterior do braço, abdome, face lateral da coxa e região infraescapular. Esses locais devem ser alternados;

- O volume máximo de medicação que pode ser administrado é 1ml;
- Não se deve fazer massagem no local da aplicação, para não diminuir o tempo de absorção do fármaco.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração via sublingual		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 028	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enfª. Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enfª. Helenice Freitas	APROVADO POR: Enfª. Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica de administração de medicação por via sublingual.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Preparar o material necessário;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Explicar procedimento ao paciente e seu acompanhante;
- 4.5 Colocar o medicamento sob a língua, sem mastigar ou deglutir;
- 4.6 Manter o ambiente limpo e organizado;
- 4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.8 Anotar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- Certificar que o medicamento pode ser administrado via sublingual.
- Observar o nível de consciência do paciente, avaliando se há necessidade de rever a via de administração com o médico.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de medicamento via ocular		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 029	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica de administração de medicação via ocular;
- Administrar medicamentos por via oftálmica para auxílio no tratamento por ação local e no exame oftalmológico.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Água morna;
- Toalha de rosto;
- Luva de procedimento;
- Gaze estéril;
- Medicamento prescrito.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e seu acompanhante;
- 4.4 Calçar luvas de procedimento;
- 4.5 Fazer a higienização dos olhos com água morna;
- 4.6 Solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás;
- 4.7 Puxar delicadamente a pálpebra inferior para baixo usando o dedo indicador;

4.8 Aplicação o colírio:

- 4.8.1 Pingar o colírio sem encostar o aplicador nos olhos, usando a quantidade conforme prescrição médica;
- 4.8.2 Orientar que o paciente feche o olho lentamente;
- 4.8.3 Após pingar o colírio e fechar o olho, colocar o dedo indicador no canto do olho próximo ao nariz, fazendo uma ligeira pressão durante um a dois minutos;

4.9 Aplicação de pomadas:

- 4.9.1 Aplicar uma fina camada de pomada em toda a extensão do fórnix inferior, sem tocar a ponta da bisnaga na conjuntiva do paciente;
- 4.9.2 Limpar o excesso com uma gaze;
- 4.9.3 Após administrar o medicamento solicitar ao paciente que permaneça com o olho fechado por alguns minutos;
- 4.10 Recolher o material utilizado;
- 4.11 Manter o ambiente limpo e organizado;
- 4.12 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.13 Anotar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- Recomenda-se que o frasco ou tubo de medicamento seja de uso individual;
- Evitar o contato o material com a conjuntiva do paciente.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de medicação via intramuscular		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 030	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica de administração de medicações por via intramuscular;

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Agulha 25X7mm;
- Agulha 40X12mm;
- Seringa de 5ml;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos POP nº 01;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Aspirar o medicamento utilizando a agulha 40X12mm e a seringa 5ml, sem deixar ar no interior da seringa;
- 4.5 Trocar a agulha por outra 25X7mm para administração do medicamento;
- 4.6 Explicar o procedimento ao paciente e seu acompanhante;

- 4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.8 Colocar o paciente em posição adequada;
- 4.9 Calçar luvas de procedimento;
- 4.10 Proporcionar privacidade;
- 4.11 Expor a área de aplicação;
- 4.12 Fazer assepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, do centro para as extremidades;
- 4.13 Pinçar a pele e o músculo do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta a que segura a seringa;
- 4.14 Introduzir a agulha fazendo com esta um ângulo de 90° em relação ao músculo;
- 4.15 Tracionar suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- 4.16 Injetar o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta a que segura a seringa;
- 4.17 Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e firme;
- 4.18 Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear;
- 4.19 Verificar o local da punção, observando a formação de hematomas ou reações;
- 4.20 Recolher o material utilizado;
- 4.21 Desprezar o lixo em local adequado;
- 4.22 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.23 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.24 Manter o ambiente organizado e em ordem;
- 4.21 Registrar no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

7. ANEXOS:

- Os locais de aplicação devem ser alternados durante o tratamento;
- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local.
- Em menores de dois anos de idade é preconizado o uso do músculo lateral da coxa devido à maior proporção muscular.
- A aplicação no músculo ventro glúteo deve ser utilizado em maiores de 7 meses.

Tabela – Faixa etária, local de aplicação e volume máximo a ser injetado.

Idade/Músculo	Deltoide	Ventro glúteo	Dorso glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 - 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.166-190.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de intramuscular em Z		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 031	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Gláucia Ferreira	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Atender as necessidades para administração de injeções profundas de medicamentos ou drogas irritantes (técnica preconizada para administração de medicamentos à base de ferro, tipo Noripurum).

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Luvas de procedimento;
- Seringa de 5 ml;
- Agulha 30x7;
- Bolas de algodão;
- Almotolia com álcool a 70%.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

4.1 Pré Procedimento:

- 4.1.1 Verificar a prescrição no prontuário do paciente;
- 4.1.2 Esclarecer ao paciente e acompanhante sobre o procedimento e o medicamento;
- 4.1.3 Lavar as mãos, conforme POP nº01, preparar o medicamento e levá-lo até o quarto do paciente;

4.2 Durante o Procedimento:

- 4.2.1 Posicione e cubra o paciente de modo a ter fácil acesso à região dorsoglútea;
- 4.2.2 Calçar a luva;

- 4.2.3 Fazer antissepsia ampla da pele com bola de algodão embebida em álcool a 70%;
- 4.2.4 Retirar o protetor da agulha;
- 4.2.5 Após ter certeza do local da aplicação, utilizando o polegar esquerdo, puxar para a esquerda o tecido do local onde será injetada a solução;
- 4.2.6 Tracione com firmeza com a mão direita, introduza toda a agulha, utilizando ângulo de 90º, mantendo o tecido tracionado até terminar a aplicação;
- 4.2.7 Se ao aspirar retornar sangue, deve-se retirar a agulha, trocar a medicação e puncionar em outro local;
- 4.2.8 Com os dedos indicador e médio da mão esquerda, segurar a seringa ainda mantendo o tecido tracionado, e aspirar o êmbolo utilizando a mão direita;
- 4.2.9 Aplicar lentamente o medicamento;
- 4.2.10 Retirar a agulha fazendo leve compressão no local, sem friccionar a pele;
- 4.2.11 Caso não surja sangue, injetar o medicamento e depois retirar a agulha, soltando a mão esquerda imediatamente.

4.3 Pós Procedimento:

- 4.3.1 Deixar o paciente confortável, removendo todo o material e encaminhando-os ao expurgo;
- 4.3.2 Retirar as luvas, lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3.3 Checar o horário de prescrição e fazer as anotações do relatório de enfermagem e assinar.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- A aplicação dessa técnica permitirá que após a retirada da agulha seja criado um caminho em ziguezague, promovendo um tampão que irá ocluir o ponto de

introdução da mesma no músculo, de modo que a solução não reflua no tecido subcutâneo;

- Esta técnica também é utilizada em aplicação de injeção IM em **pacientes hemofílicos**, quando este tipo de aplicação é absolutamente necessária. **Ex.:** aplicação de vacina antitetânica. (Injeções IM são contra-indicadas em pacientes hemofílicos).

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Gotejamento e escala de soro		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 032	EMISSÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enfª. Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enfª. Helenice Freitas	APROVADO POR: Enfª. Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir sobre o cálculo de gotejamento e a escala de soros.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Escala de soro (anexada em cada posto de enfermagem).

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- A prescrição da administração do soro poderá ser feita em tempo (horas) ou em número de gotas por minuto;

<p>Nº de gotas: Volume (ml)</p> <p>_____</p> <p>Tempo (h) x3</p>
<p>Nº microgotas: Volume (ml)</p> <p>_____</p> <p>Tempo (horas)</p>
<p>* Lembrando: 20 gotas = 1 ml</p> <p>03 microgotas = 1 gota</p>

QUANTIDADE	250ML	500ML	1000ML
Nº de horas	Nº de gotas	Nº de gotas	Nº de gotas
2	42	83	167
4	21	42	83
6	14	28	55
8	10	21	42
12	7	14	28
24	3	7	14

Escala de soro:

- 4.1 Com uma fita, marcar o tamanho do soro, marcando com uma caneta.
- 4.2 Pegar a fita marcada e esticar do 1 até o número de horas que é para passar o soro.
- 4.3 Fazer marcações com caneta nas horas.
- 4.4 Colar esta fita no soro, para acompanhar se durante o tempo corrido passou a quantia certa de soro marcado.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

FERNANDES, A. O. et al. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A. B. Editora, 2006.

PEREZ, I. M. P. **Rotina para o laboratório de avaliação clínica**. Instituto de Ensino Superior. Rio Verde, 2007.

7. ANEXOS

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Aquecimento de soro		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 033	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enfª. Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enfª. Helenice Freitas	APROVADO POR: Enfª. Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Diminuir a perda de calor corpóreo do paciente.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Soro;
- Bacia com água quente, ou;
- Microondas.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Aquecer soro de 500 ml em 30 segundos e soro de 1000 ml em 01 minuto;
- 4.2 Na falta de micro-ondas, deixar o frasco de soro em banho-maria;
- 4.3 Retirar o frasco e verificar se o mesmo está numa temperatura adequada;
- 4.4 Instalar o soro respeitando as técnicas assépticas;
- 4.5 Atentar quanto aos soros muito aquecidos, podendo causar queimaduras.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SCOPEL, P.M.V., RODRIGUES M.R. **Técnicas e Práticas de Enfermagem**. Robe Editorial, 2001. 314p.

LOPEZ, A.M., CRUZ R.J.M. **Guias Práticos de Enfermagem Hospitalização**. McGraw-Hill, 2001. 394p.

MUSSI, N.M., OHNISHI, M., UTYAMA, I.K.A. OLIVEIRA M.M.B. **Técnicas Fundamentais de Enfermagem**. Atheneu, São Paulo, 2003; 161p.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Solicitação de administração de hemocomponente		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 034	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Visa esclarecer eventuais dúvidas sobre o papel de cada profissional em todo o processo da transfusão, desde a solicitação até a administração do hemocomponente.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Agência Transfusional, Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- RT (Requisição de Transfusão);
- Tubo para a coleta da prova cruzada (Verde);
- Agulha 25X7 ou 25X8;
- Seringa de 5 ou 10 ml;
- Luvas de Procedimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Verificar no prontuário do paciente a solicitação médica;
- 4.2 Solicitar na Agência Transfusional (AT) a RT e o tubo para a coleta;
- 4.3 Solicitar o preenchimento da RT pelo médico responsável pelo paciente e verificar se o preenchimento está correto;
- 4.4 O enfermeiro ou técnico de enfermagem coleta o sangue, 5ml no tubo Verde, a coleta deve ser feita conforme POP 035/2011(Coleta de Sangue).
- 4.5 Entregar a RT devidamente preenchida na AT junto com o tubo de coleta já com o sangue devidamente identificado com o nome do paciente, data de nascimento, nº prontuário, leito, enfermaria, a data e o responsável pela coleta;

- 4.6 O Bioquímico responsável realizará a prova cruzada;
- 4.7 Após a preparação do sangue a AT comunica o setor avisando que o sangue está pronto e o enfermeiro ou técnico de enfermagem busca a (s) bolsa (s) de sangue e o equipo próprio (com filtro);
- 4.8 No setor, conferir a bolsa de sangue com os dados do paciente através de um cartão de identificação contido na bolsa;
- 4.9 Verificar o estado da bolsa quanto à presença de bolhas, qualquer alteração de cor ou turvação da mesma, e se for o caso, comunicar AT;
- 4.10 Deixar a bolsa de sangue atingir temperatura ambiente;
- 4.11 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.12 Preparar material para a punção venosa, que deve ser de grosso calibre com acath nº 20 ou 22 e scalp nº19, além do equipo próprio (com filtro) e levar ao quarto do paciente;
- 4.13 Identificar o paciente pela placa no leito e pela pulseirinha colocada no braço no internamento. Os pacientes inconscientes devem ser identificados com bracelete, que deve ser encontrados na AT;
- 4.14 Explicar o procedimento ao paciente e responsável, pedir para o responsável assinar o termo de autorização de transfusão sanguínea;
- 4.15 Instruir o responsável quanto aos sinais de reação pela transfusão: prurido, urticárias, inchaço, falta de ar, febre e calafrios;
- 4.16 Verificar SSVV antes de iniciar a transfusão, e qualquer alteração nos mesmos comunicar o médico responsável;
- 4.17 Instalar o hemocomponente em acesso venoso único, ou seja, nenhuma medicação deve correr junto com o sangue, a punção deve ser feita conforme POP 019/2011(Punção Venosa Periférica).
- 4.18 Observar o paciente por 15 min deixando correr lentamente o sangue e após esse tempo verificar novamente os SSVV, caso esteja tudo bem, aumentar o gotejamento do sangue, não deixando rápido demais;
- 4.25 Conservar a etiqueta de identificação na bolsa até o final da transfusão, que não deve ultrapassar 4 horas, após esse tempo o sangue deve ser desprezado. Após o término da transfusão, retirar a etiqueta da bolsa e anexar na RT que deve permanecer no prontuário do paciente;

- 4.26 Caso ocorra qualquer intercorrência, comunicar o médico plantonista imediatamente e pausar a transfusão sanguínea.
- 4.27 Ao final da transfusão verificar SSVV do paciente, anotar no prontuário qualquer intercorrência e desprezar no lixo contaminado, o equipo e a bolsa de sangue.
- 4.28 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.29 Manter o ambiente organizado e em ordem;

*Se o responsável pelo paciente recusar a receber o sangue, anotar no prontuário a recusa.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BANTON, J. et al. **Terapia Intravenosa**. Editora Lab: Rio de Janeiro, 2005.

FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. AB Editora: Goiânia, 2006.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Coleta de sangue		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 035	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre a correta técnica de coleta de sangue.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Seringa de 5 ou 10ml;
- Agulha ou scalp (ver o calibre de acordo com as condições do acesso venoso do paciente);
- Requisição de Transfusão;
- Tubos para a coleta;
- Garrote;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Luvas de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Lavar as mãos conforme POP nº01.
- 4.2 Explicar o procedimento para o paciente e o acompanhante;
- 4.3 Preparar o material e levar ao quarto do paciente;
- 4.4 Calçar as luvas;
- 4.5 Posicionar o paciente sentado ou deitado em decúbito dorsal apoiando o braço, de modo a mantê-lo confortável e facilitar a visualização das veias;
- 4.6 Palpar e selecionar a veia a ser puncionada, de preferência no antebraço;

- 4.7 Prender o garrote aproximadamente 5 cm acima do local da punção e pedir para que o paciente feche a mão;
- 4.8 Fazer antissepsia da área com algodão embebido em álcool, no sentido do retorno venoso;
- 4.9 Deixar o algodão na bandeja ou segurá-lo com o dedo mínimo;
- 4.10 Com o polegar da mão não dominante fixar a veia, esticando a pele abaixo do ponto da punção;
- 4.11 Segurar a seringa horizontalmente, com a mão dominante, mantendo o indicador sobre o canhão da seringa;
- 4.12 Introduzir a agulha aproximadamente 1cm na veia em um ângulo de 15º com o bisel e a graduação da seringa voltada para cima;
- 4.13 Aspirar a seringa com a mão que fixava a veia, isto evitará movimentos desnecessários e deslocamento da agulha. Se usar vacutainer aguardar seu enchimento;
- 4.14 Após a coleta do sangue necessário, pedir para o paciente abrir a mão, desprender o garrote e remover a agulha, com movimento único e suave, fazendo em seguida compressão no local com algodão por alguns minutos;
- 4.15 Fixar a agulha na atampa do tubo com heparina sem precisar apertar a seringa. Não abrir o tubo. Fazer movimentos giratórios para misturar bem o conteúdo;
- 4.16 Recolher o material em ordem e colocar o paciente em posição confortável;
- 4.17 Tirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.18 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente;
- 4.19 Enviar o material ao laboratório com a requisição;

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

ALEXANDRE, N. M. C. et al. **Procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

7. ANEXOS

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Coleta de material para exames		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 036	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Mariellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem, sobre a correta técnica de coleta de materiais (urina e fezes) para exame.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Coletores de urina e fezes.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**4.1 Coleta de urina**

4.1.1 Instruir o paciente e acompanhante sobre o exame;

4.1.2 Instruir ou fazer a lavagem externa do genital;

4.1.3 Se a criança já entender, orientar a desprezar o primeiro jato e urinar em recipiente limpo e seco previamente rotulado (nome do paciente, leito, data e hora da coleta, responsável pela coleta);

4.1.4 Se for lactente colocar o coletor de urina na genitália, e aguardar a micção espontânea do paciente, após colocar no recipiente próprio fornecido pelo laboratório;

4.1.5 Comunicar o laboratório;

4.1.6 Manter em caixa térmica até a retirada pelo laboratório;

4.2 Urina para cultura

4.2.1 Seguir a mesma técnica de coleta de urina, porém o frasco deve ser estéril.

4.3 Urina de 24 horas

- 4.3.1 Preparar recipiente adequado com capacidade de 2.000 ml;
- 4.3.2 Desprezar a primeira micção da manhã anotando a hora;
- 4.3.3 Colher todas as outras micções inclusive a primeira da manhã seguinte até completar 24 horas;
- 4.3.4 Enviar toda a urina ou amostra ao laboratório.

4.4 Coleta de fezes

- 4.4.1 Instruir o paciente e acompanhante;
- 4.4.2 Preparar recipiente limpo e com tampa;
- 4.4.3 Lavar as mãos conforme POP nº01 e calçar luvas;
- 4.4.4 Coletar as fezes em fralda com uso de uma espátula;
- 4.4.5 Tampar o frasco e armazená-lo em caixa térmica;
- 4.4.6 Retirar luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4.7 Comunicar o laboratório.

4.5 Coleta de escarro

- 4.5.1 Instruir o paciente e acompanhante sobre o exame a ser feito;
- 4.5.2 Colher a amostra em jejum depois do paciente ter enxaguado a boca com água;
- 4.5.3 O paciente deverá tossir ou escarrar, não apenas cuspir no recipiente;
- 4.5.4 Comunicar ao laboratório.

5 FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

SCHULL Patrícia Dwyer. **Enfermagem básica - Teoria e prática**. Rideel, São Paulo. 3d. São Paulo. Rideel. 2004.

7 ANEXOS

- Não se aplica.

8 CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9 Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Posição do corpo Ventral		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 037	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enfª. Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enfª. Helenice Freitas	APROVADO POR: Enfª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem sobre a correta mudança de decúbito ventral.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 É a posição em que o paciente fica sobre o abdome, com a cabeça voltada para o lado;
- 4.2 Indicada para exames da coluna vertebral de região cervical;
- 4.3 Existe decúbito ventral de longa e de curta duração.
- 4.3.1 Longa duração: Os braços fletidos, voltados para cima, ou então, distendidos ao longo do corpo. Os pés permanecem geralmente fora da cama ou elevados com travesseiro. A cabeça voltada para o lado, repousando sobre um pequeno travesseiro. Nas mulheres para proteção dos seios, pode-se colocar almofada no tórax.
- 4.3.2 Curta duração: Mãos pendentes, cabeça voltada para o lado, sem travesseiro e os pés sobre a cama.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J,Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiania: A B Editora, 2006.

7. ANEXOS:



Posição Ventral

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Posição do corpo Horizontal, Dorsal ou Supina		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 038	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem para correta mudança decúbito Horizontal, Dorsal ou Supina.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**4.1 Posição do corpo dorsal:**

4.1.1 O paciente deita de costas, com as extremidades inferiores em extensão ou ligeiramente flexionadas, para permitir o relaxamento dos músculos abdominais;

4.1.2 Sob a cabeça coloca-se uma ou mais travesseiros, se for necessário maior relaxamento muscular;

4.1.3 Os braços se cruzam sobre o tórax ou são colocados ao longo do tronco. Para exame, o paciente será coberto com um lençol que não fique preso no colchão.

4.2 Posição de Trendelenburg:

4.2.1 Colocar o paciente em decúbito dorsal, elevar as pernas e abaixar a cabeça. Posição usada para cirurgias em órgãos da pelve e para choque hipovolêmico. A posição favorece a descida do diafragma das vísceras.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J,Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

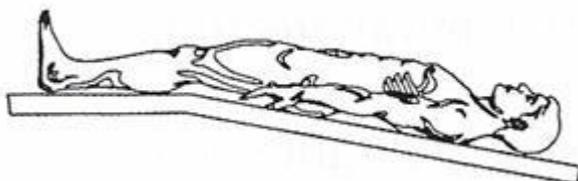
FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiania: A B Editora, 2006.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

7. ANEXOS:



Posição Dorsal



Posição Trendelenburg

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Posição de Fowler		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 039	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Proporcionar conforto ao paciente e também orientar a equipe de enfermagem de como colocar o paciente na posição de Fowler.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Colocar o paciente semi-sentado, com apoio nos joelhos e nos pés.
- 4.2 Utilizar para proporcionar conforto e em pacientes com problemas pulmonares e cardíacos.
- 4.3 Pode ser improvisada com uma cadeira voltada com o espaldar colocado sob o colchão, de modo que o paciente fique recostado. O apoio nos joelhos e nos pés também pode ser improvisado com um cobertor enrolado em lençol, preso ao estrado da cama.

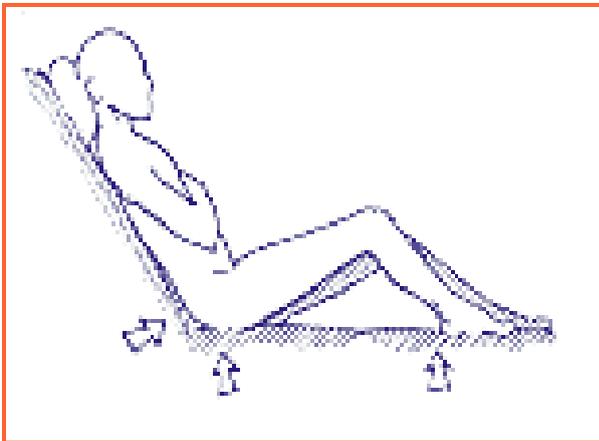
5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- KOCH, R. M. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. Século XXI, Curitiba, 2005.
- FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

7. ANEXOS:



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Posição do corpo ginecológica ou litotomia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 040	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem para correta mudança decúbito ginecológica ou litotomia.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Cama ginecológica;
- Lençol.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Colocar o paciente deitado na posição dorsal, com as pernas flexionadas sobre as coxas, a planta dos pés sobre o colchão e os joelhos afastados um do outro;
- 4.2 Caso haja disponível mesa apropriada para exame ginecológico – as pernas ficam apoiadas em suportes, perneiras;
- 4.3 Cobrir-se a paciente com um lençol em diagonal de modo que uma ponta fique sobre o peito e a outra sobre a região púbica. As outras pontas são enroladas nos pés ajustadas aos calcâneos.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

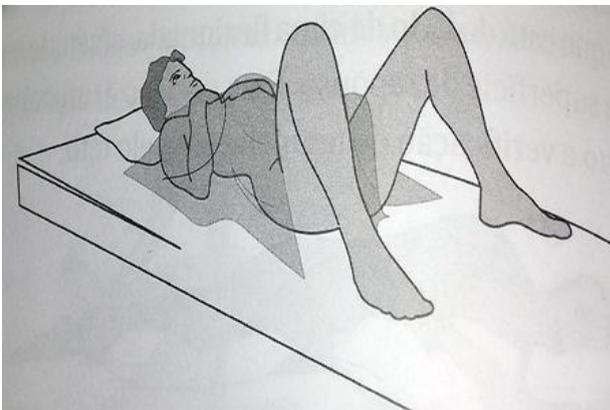
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J.Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

7. ANEXOS:



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Posição do corpo Genupeitoral		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 041	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem para correta mudança decúbito genupeitoral.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 O paciente se mantém ajoelhado e com o peito apoiado na cama;
- 4.2 Colocar um travesseiro sob o tórax e a cabeça do paciente;
- 4.3 Os braços flexionados nos cotovelos repousam sobre a cama, auxiliando a amparar o paciente;
- 4.4 Para que o peso do corpo recaia sobre o peito e os joelhos, estes devem ficar ligeiramente afastados um do outro, as pernas estendidas sobre a cama formando ângulo reto com as coxas;
- 4.5 Para cobrir o paciente nesta posição, usar dois lençóis comuns ou um lençol fenestrado.
Esta posição é usada para exames vaginais e retais.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

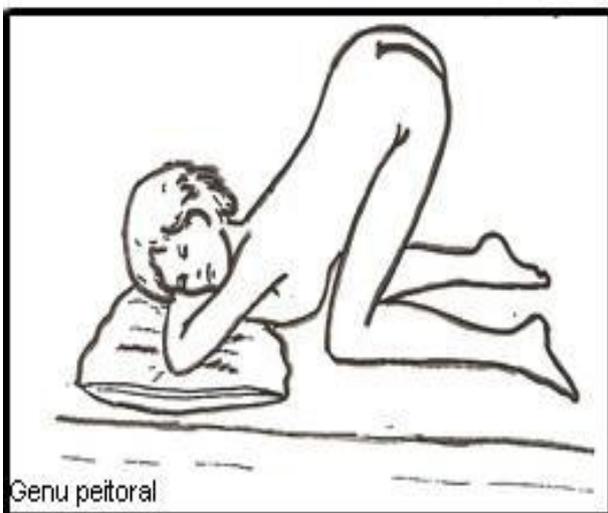
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J,Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

7. ANEXOS:



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Posição do corpo ereta, ortostática ou em pé		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 042	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem para correta posição do corpo ereta, ortostática ou em pé.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 É usada para detectar certas anormalidades ortopédicas ou neurológicas;
- 4.2 O paciente deve estar de chinelos;
- 4.3 Não sendo possível o chão deve ser forrado com papel, pano ou tapete.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

7. ANEXOS:



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Posição de Sims		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 043	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Proporcionar conforto ao paciente e também orientar a equipe de enfermagem de como colocar o paciente na posição de Sims.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Pode ser do lado direito ou esquerdo;
- 4.2 Deitar o paciente para o lado que melhor for para ele;
- 4.3 Colocar um travesseiro sob a cabeça para servir de apoio;
- 4.4 Colocar o braço esquerdo para trás do corpo e este ligeiramente inclinado para a frente, de modo a fazer recair parte do peso do corpo sobre o peito;
- 4.5 O braço direito é colocado em qualquer posição que seja confortável ao paciente;
- 4.6 Dependendo da posição, direita ou esquerda, a perna de cima fica esticada e a debaixo flexionada;
- 4.7 O paciente é coberto com um lençol ou cobertor, expondo-se as partes necessárias por meio de dobras do lençol;
- 4.8 Essa posição (lateral esquerda) é usada para a lavagem intestinal, aplicação de medicamentos por via retal, verificação de temperatura retal e repouso.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS:

KOCH, R. M. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. Século XXI, Curitiba, 2005.

FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

SMITH-TEMPLE, J. & JOHNSON, J. Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

7. ANEXOS:



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Restrição mecânica dos movimentos		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 044	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- São medidas para limitar os movimentos dos pacientes, a fim de evitar quedas, são utilizadas também para contenção de pacientes agitados, confusos ou com transtornos psiquiátricos.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Lençóis dobrados em diagonal, formando faixa em torno de 25 cm de largura, ou kit de restrição com 5 bandagens (armazenados na sala de enfermagem);
- Algodão ortopédico;
- Ataduras de crepom.
- Colete;
- Algodão ortopédico.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**4.1 COM LENÇÓIS**

4.1.1 Restrição do ombro: colocar a faixa sob as costas do paciente, passando pelas axilas, protegidas com algodão, cruzando sob o travesseiro e amarrando ao estrado da cabeceira na parte móvel da cama.

4.1.2 Restrição do abdome, são necessários 2 lençóis, um sobre o abdome do paciente e o outro, sob a região lombar. Torcer juntas as pontas dos lençóis, amarrando-as no estrado lateral, na parte móvel da cama.

4.1.3 Restrição dos joelhos: passar a ponta do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo, a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito amarrando as pontas no estrado lateral, na parte móvel da cama.

4.2 COM FAIXAS

4.2.1 Formar com a faixa uma figura em oito e apanhá-la pelos dois centros, formando uma argola. Prender o membro protegido com algodão. Amarrar as extremidades da faixa, nas laterais na parte móvel da cama.

4.3 COM COLETE

4.3.1 O colete é uma vestimenta reforçada, sem mangas, com tiras largas e longas, saindo de cada lado da parte da frente e cujas pontas são amarradas nas laterais, na parte móvel da cama.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Avaliar criteriosamente, a necessidade de fazer ou manter a restrição de movimentos, aplicando-a somente em casos de extrema necessidade. Em alguns casos, pode-se evitar restrição, colocando as grades da cama.
- Anotar no relatório a região e a causa determinante da restrição.
- Vigiar com frequência o local de restrição. Se o paciente ficar contido durante muito tempo, tira-la duas vezes ao dia, lavando o local com água e sabão e protegendo se necessário com algodão ortopédico.
- Sempre que restringir os ombros, restringir também o abdome.
- Não fixar restrição das mãos e cabeceiras da cama.

- Quando se coloca a contenção no abdome, evitar ajustar o lençol sobre a região epigástrica.
- Evitar fazer pressão sobre uma artéria.
- Proteger a pele com algodão.
- Amarrar as extremidades da faixa na parte móvel da cama.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Auxílio na deambulação de pacientes		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 045	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre como auxiliar na deambulação do paciente.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Ajudar o paciente a sentar-se na cama;
- 4.2 Ficar de frente para o paciente e pedir para apoiar as mãos nas mãos ou braços de quem está auxiliando, e ajudá-lo a ficar em pé;
- 4.3 Observar o pulso e a reação geral do paciente. Em caso de fadiga, sentá-lo novamente;
- 4.4 Caminhar ao lado do paciente, até que ele se sinta seguro para andar sozinho. Se necessário oferecer apoio ou levá-lo até um corrimão;

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos ergonômicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Passar o paciente da cadeira para cama		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 046	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre como transportar o paciente da cadeira para a cama.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Colocar a cadeira obliquamente bem próxima à cama, ao lado dos pés;
- 4.3 Travar as rodas ou pedir a alguém que segure a cadeira;
- 4.4 Auxiliar o paciente a levantar-se segurando-o pela cintura, orientando-o para apoiar-se em quem está auxiliando;
- 4.5 Ajudar o paciente a sentar-se na cama, usando escadinha;
- 4.6 Auxiliar o paciente a deitar-se e deixá-lo confortável;

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Sentar o paciente em cadeira comum ou de rodas		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 047	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre o modo correto de sentar o paciente em cadeira comum ou de rodas.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Cadeira comum ou cadeira de rodas;
- Escadinha, se necessário;
- Chinelos e roupão.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Explicar ao paciente os movimentos que serão executados e a forma como poderá ajudar, se estiver em condições;
- 4.2 Abaixar a roupa de cama em leque;
- 4.3 Colocar a cadeira obliquamente bem próxima a cama, ao lado dos pés;
- 4.4 Travar as rodas com trava própria, ou pedir a alguém que segure a cadeira;
- 4.5 Virar o paciente de lado, colocando um braço no ombro do paciente e o outros sob os joelhos. O braço mais distante do paciente se apóia no ombro de quem está auxiliando e com um movimento, sentá-lo na cama;
- 4.6 Observar seu estado geral, evitando deixar o paciente sozinho;
- 4.7 Levantar o paciente, salientando para apoiar as mãos nos ombros de quem está auxiliando, que ira segurá-lo pela cintura;

4.8 Virar o paciente sentá-lo na cadeira, calçar os chinelos e cobri-lo;

4.9 Deixar o ambiente em ordem.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Transporte do paciente do leito para maca		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 048	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar o transporte do paciente do leito para maca, transferindo o paciente com conforto e segurança.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Maca;
- Lençol;
- Cobertor;
- Álcool a 70%;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Biombo.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material necessário;
- 4.3 Realizar desinfecção do colchão da maca com álcool a 70%;
- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Reunir os profissionais necessários para auxiliar no transporte;
- 4.6 Aproximar a maca do leito do paciente;
- 4.7 Explicar o procedimento ao paciente;

- 4.8 Promover privacidade, utilizando biombos ou fechando a porta do quarto;
- 4.9 Deitar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.10 Verificar condições de acesso venoso e infusões, sondas e drenos, proporcionando condições para que esses artefatos possam acompanhar o paciente;
- 4.11 Soltar as bordas do lençol;
- 4.12 Enrolar as pontas do lençol próximos ao paciente;
- 4.13 Colocar a maca em posição paralela e encostada ao leito;
- 4.14 Posicionar os profissionais ao lado do paciente;
- 4.15 Passar o paciente para a maca em um só movimento sincronizado;
- 4.16 Aquecer o paciente quando necessário;
- 4.17 Encaminhar ao destino;
- 4.18 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.19 Registrar o transporte realizado no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Higiene Oral		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 049	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente, manter a saúde da boca, dos dentes e das gengivas;

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandejas;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto;
- Escova dental macia ou espátula protegida com gaze;
- Creme dental ou solução antisséptica;
- Copo descartável com água;
- Cuba rim;
- Óleo hidratante;
- Material para aspiração (quando necessário).

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material necessário;
- 4.4 Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
- 4.5 Colocar o paciente em posição de Fowler;
- 4.6 Proteger o tórax do paciente com uma toalha;

- 4.7 Calçar luvas de procedimento;
- 4.8 Inspecionar a integridade dos lábios e da cavidade oral;
- 4.9 Proceder a higiene utilizando creme dental ou solução antisséptica;
- 4.10 Avaliar o nível de consciência do paciente, considerando a possibilidade de broncoaspiração;
- 4.11 Dispor de material para aspiração se necessário;
- 4.12 Higienizar os dentes com movimentos circulares, das gengivas para as bordas;
- 4.13 Higienizar a língua com cuidados;
- 4.14 Oferecer copo com água para o paciente fazer bochechos, quando possível;
- 4.15 Enxugue os lábios do paciente com toalha;
- 4.16 Retire as luvas de procedimento;
- 4.17 Colocar o paciente em posição confortável;
- 4.18 Recolher o material;
- 4.19 Manter o ambiente em ordem;
- 4.20 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.21 Realizar anotação de enfermagem.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.
- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALEXANDRE, N.M.C. ET AL. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Banho de aspersão		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 050	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir uma correta técnica ao banho de chuveiro para a equipe de enfermagem, removendo as sujidades da pele e promover conforto.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Toalha;
- Sabonete;
- Camisola;
- Luva de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.2 Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento;
- 4.3 Encaminhar até o banheiro;
- 4.4 Auxiliar o paciente no banho, se necessário;
- 4.5 Fornecer a toalha ou auxiliar o paciente, se necessário;
- 4.6 Auxiliar o paciente na colocação da camisola, se necessário;
- 4.7 Manter o ambiente em ordem;
- 4.8 Realizar anotação de enfermagem.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALEXANDRE, N.M.C. ET AL. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Banho de leito		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 051	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre como realizar corretamente o banho de leito.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Roupa – pijama ou bata;
- Bacia;
- Comadre;
- Jarro;
- Água morna;
- Biombo;
- Hamper;
- Roupa de cama;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de banho;
- Solução hidratante, desodorante;
- Pente;
- Escova de dente ou espátula.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Desocupar mesa de cabeceira;
- 4.2 Promover privacidade, colocando biombos se necessário;

- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Calçar luvas de procedimento;
- 4.5 Desprender a roupa de cama, retirar a colcha, o cobertor, o travesseiro e a camisola, deixando o paciente protegido como lençol;
- 4.6 Abaixar a cabeceira da cama caso seja possível e desligar a dieta enteral se houver;
- 4.7 Ocluir os ouvidos;
- 4.8 Lavar os cabelos, em dias alternados;
- 4.9 Fazer higiene oral conforme POP nº49;
- 4.10 Lavar os olhos do paciente do ângulo interno para o externo; utilizar água limpa para lavar cada olho;
- 4.11 Molhar as compressas de banho na bacia com água e sabonete retirando o excesso de água;
- 4.12 Lavar uma região de cada vez: rosto, orelha, pescoço, região toraco-abdominal, membros superiores, região dorsal, nádegas e enxugar criteriosamente;
- 4.13 Lavar membros inferiores, coxas, pernas e pés;
- 4.14 Enxaguar, secar e cobrir como o lençol;
- 4.15 Fazer massagem de conforto;
- 4.16 Colocar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.17 Colocar a toalha de banho e comadre sob o paciente, fazer a higiene íntima no paciente;
- 4.18 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.19 Vestir a camisola;
- 4.20 Trocar a roupa de cama;
- 4.21 Recolocar o travesseiro e deixá-lo em posição confortável;
- 4.22 Recolher o material utilizado;
- 4.23 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.24 Anotar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Higiene do cabelo em pacientes acamados		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 052	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre como realizar corretamente o cuidado higiênico do cabelo.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Sabonete ou xampu;
- Pente ou escova;
- Plástico;
- Bacia;
- Jarra com água morna;
- Balde;
- Bolas de algodão;
- Luvas de procedimento;
- Cobertor;
- Toalha de banho.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Orientar o paciente e acompanhante sobre o cuidado;
- 4.2 Fechar as janelas, desocupar a mesa de cabeceira e afastá-la da cama;
- 4.3 Organizar e colocar o material colocando-o na mesa de cabeceira;
- 4.4 Calçar luvas;

- 4.5 Proteger o pescoço do paciente com a toalha e as orelhas com algodão;
- 4.6 Colocar o paciente em diagonal sobre a cama com a cabeça sobre a bacia e o travesseiro sobre as escapulas;
- 4.7 Umedecer os cabelos e aplicar xampu ou sabão massageando o couro cabelo com a polpa dos dedos;
- 4.8 Enxaguar tantas vezes quantas for necessário;
- 4.9 Espremer o cabelo fazendo escorrer a água;
- 4.10 Remover o impermeável colocando no balde. Remover a bacia;
- 4.11 Secar os cabelos com a toalha envolvendo-os;
- 4.12 Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável;
- 4.13 Providenciar a limpeza e a ordem do material;
- 4.14 Tirar as luvas e lavar as mãos;
- 4.15 Anotar o cuidado prestado e as observações feitas.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Higiene íntima (feminina e masculina)		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 053	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem para uma correta técnica de higiene íntima feminina e masculina.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Jarro com água;
- Saco plástico para resíduos;
- Toalha;
- Sabonete;
- Papel higiênico;
- Luvas de procedimento;
- Comadre;
- Impermeável o forro.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Orientar o paciente e acompanhante sobre o cuidado;
- 4.2 Preparar o ambiente cercar a cama com biombo se necessário;
- 4.3 Organizar o material colocando-o na cadeira ao pé da cama;
- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Calçar as luvas;
- 4.6 Colocar o forro impermeável e a toalha sob a paciente;

- 4.7 Colocar a paciente em posição ginecológica e cobrindo-a com uma toalha;
- 4.8 Colocar comadre;
- 4.9 Colocar algodão, gaze ou pano na região inguinal pra evitar que a água escorra molhando o leito;
- 4.10 Irrigar a região íntima com água limpa;
- 4.11 Ensaboar e lavar a região íntima:
 - 4.11.1 Feminino: abrir os grandes lábios e lavar de cima para baixo em direção ao ânus, sem retornar para a região limpa;
 - 4.11.2 Masculino: abaixar a membrana do prepúcio, lavar em direção ao ânus, , após enxaguar retornar a membrana do prepúcio;
- 4.12 Irrigar a região com água limpa;
- 4.13 Enxugar com algodão, pano ou toalha que esta sobre a vulva;
- 4.14 Colocar o material usado no saco plástico para resíduos;
- 4.15 Retirar a comadre colocando-a na cadeira;
- 4.16 Deixar o ambiente em ordem e a paciente confortável;
- 4.17 Providenciar a limpeza e a ordem do material;
- 4.18 Retirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.19 Anotar o cuidado prestado e as observações feitas.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALEXANDRE, N.M.C. ET AL. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Mudança de decúbito		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 054	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Evitar a formação de úlceras por pressão através da avaliação do risco do paciente e de ações preventivas relacionadas à pressão, fricção, cisalhamento e maceração em pacientes acamados.
- Impedir o aumento de secreção pulmonar e facilitar a expectoração de secreção traqueal e brônquica.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros, Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Luvas de procedimento;
- Roupas de cama;
- Hidratante para a pele;
- Coxins.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Informar o paciente e acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
- 4.3 Calçar luvas de procedimento;
- 4.3 Proceder à liberação dos equipos e equipamentos (cabos de monitor cardíaco, cabo de oximetria de pulso, manguito), traqueias para ventilação, drenos e cateteres, etc.;
- 4.4 Modificação da posição do paciente no leito;
- 4.5 Aplicar hidratante sobre a região corporal, massageando as regiões de proeminência

óssea e áreas de maior compressão tecidual;

- 4.6 Trocar peças de roupas que eventualmente necessite (molhadas ou sujas);
- 4.7 Verificar se equipos e equipamentos estão em posições corretas;
- 4.8 Apoiar o corpo do paciente com coxins (conforme a necessidade);
- 4.9 Examinar o paciente para verificar estabilidade hemodinâmica;
- 4.10 Retirar luvas e descartá-las em local apropriado;
- 4.11 Limpar e organizar o quarto ou leito;
- 4.12 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.13 Realizar anotação de enfermagem no prontuário eletrônico.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. O hospital: manual do ambiente hospitalar. 3 Ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. Procedimentos operacionais padrão em enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.

7. ANEXOS:

- A mudança de decúbito deverá ser realizada a cada 2 horas;
- A mudança de decúbito sempre que possível deve ser feita por 02 (dois) profissionais para evitar acidentes.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Tricotomia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 055	EMISSÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Preparar a pele para execução de procedimentos.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Tesoura;
- Tricótomo;
- Papel toalha;
- Cuba rim;
- Gazes;
- Forro para proteger a cama;
- Biombo;
- Lâmpada auxiliar.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Preparar o material necessário;
- 4.2 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.3 Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Promover a privacidade, colocando biombo;
- 4.5 Verificar a área a ser tricotomizada, de acordo com o procedimento a ser realizado;

- 4.6 Calçar luvas de procedimento;
- 4.7 Orientar o paciente para ficar em posição confortável e adequada;
- 4.8 Expor a área a ser tricotomizada;
- 4.9 Remover os pelos maiores com tesoura;
- 4.10 Esticar a pele, fazendo suave tração em direção oposta à raspagem dos pelos, com a outra mão movimentar o aparelho no sentido oposto ao da inserção dos pelos, utilizar movimentos firmes e regulares;
- 4.11 Remover os pelos soltos passando uma gaze;
- 4.12 Revisar a área tricotomizada e refazer se necessário;
- 4.13 Encaminhar a paciente ao chuveiro ou lavar e enxugar a aérea;
- 4.14 Deixar o paciente confortável;
- 4.15 Recolher o material utilizado;
- 4.16 Descartar o tricotomo;
- 4.17 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.18 Higienizar as mãos conforme POPnº01;
- 4.19 Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FERNANDES, M. V. *et al.* **Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem**. Eduel, Londrina, 2002.

7. ANEXOS:

- A tricotomia deve ser realizada imediatamente ou até 2hs antes da cirurgia ou procedimento, de preferência na sala de procedimentos;

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Alimentação enteral		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 056	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instalação e administração de nutrição enteral por meio de cateter entérico e acompanhamento da administração nutrição enteral (NE), a qual consiste em uma solução com intuito de nutrir os pacientes incapacitados de nutrição completa ou suficiente por via oral.
- Nutrir os pacientes em situações de ingestão alimentar insuficientes ou impossibilitados de alimentação oral plena, tendo como função a melhora do quadro nutricional dos pacientes, acelerando o processo de recuperação.
- Orientar a equipe de enfermagem para uma correta técnica para proceder a alimentação enteral.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Suporte para o frasco de alimento;
- Equipo;
- Frasco com alimento;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Copo com água;
- Saco plástico para resíduos.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Orientar o acompanhante sobre o cuidado;
- 4.2 Deixar o paciente em posição Fowler, para diminuir o risco de broncoaspiração;
- 4.3 Organizar e levar o material colocando-o na mesa de cabeceira;
- 4.4 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Calçar as luvas;
- 4.6 Adaptar o equipo ao frasco do alimento, preencher o equipo retirando o ar;
- 4.7 Instalar o frasco com o alimento no suporte;
- 4.8 Dobrar a extremidade da sonda para evitar à entrada de ar e adaptar a seringa vazia;
- 4.9 Aspirar o conteúdo gástrico para esvaziar o estomago. Medir a estase gástrica quando prescrita;
- 4.10 Verificar localização e posicionamento do cateter, utilizando a seringa com ar para auscultar, antes de administrar o alimento;
- 4.11 Conectar o equipo na sonda e introduzir o alimento vagarosamente;
- 4.12 O alimento deve ser administrado a temperatura aproximada de 37°C;
- 4.13 A velocidade de administração do alimento depende da capacidade de absorção do paciente (15, 20, 24 gotas por minuto);
- 4.14 Ao término da infusão, desconectar o equipo e injetar água com seringa conforme prescrição da Nutricionista, para remover as partículas aderidas na sonda evitando sua oclusão;
- 4.15 Fechar a sonda;
- 4.16 Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável;
- 4.17 Tirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.18 Anotar o cuidado prestado e as observações feitas.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **técnicas básicas de enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

7. ANEXOS:

- Caso o paciente apresente cianose, tosse continua ou dispneia, interrompa imediatamente administração da dieta e avalie o posicionamento da SNE.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Alimentação por gastrostomia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 057	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem uma técnica para alimentação por gastrostomia.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Recipiente contendo alimento;
- Equipo;
- Seringa de 20ml;
- Cuba rim;
- Copo com água;
- Luvas de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Preparar a bandeja com o material e o alimento;
- 4.2 Explicar para o acompanhante o procedimento para a alimentação e desocupar a mesa de cabeceira;
- 4.3 Organizar e levar o material;
- 4.4 Manter em decúbito 45°;
- 4.5 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.6 Calçar as luvas;
- 4.7 Clampar a sonda e conectar a seringa;

- 4.8 Verificar posicionamento da sonda, por meio de ausculta e aspiração de resíduo gastrointestinal;
- 4.9 Administrar lentamente a dieta;
- 4.10 Ao término da introdução do alimento, injetar água em quantidade suficiente para lavar a sonda, ou conforme prescrito pela nutricionista;
- 4.2 Dobrar a sonda, desconectar a seringa ou equipo e fechar a sonda imediatamente;
- 4.3 Providenciar a limpeza e a ordem do material;
- 4.4 Tirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Anotar o cuidado descrevendo as observações.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **técnicas básicas de enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

7. ANEXOS:

- Realizar troca da fixação sempre que necessário;
- Observar presença de náuseas, vômitos e/ou diarreia;
- Introduzir a alimentação lenta e continuamente, evitando a entrada de ar. A administração muito rápida interfere na peristalse, podendo provocar regurgitação e distensão abdominal;
- Caso o paciente apresente cianose, tosse continua ou dispneia, interrompa imediatamente administração da dieta e avalie o posicionamento da SNG

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		

03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Higienização de bolsa de colostomia/ileostomia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 058	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar os cuidados com colostomia e ileostomia, proporcionando conforto ao paciente.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Vaselina líquida;
- Impermeável plástico;
- Papel toalha ou compressa;
- Luvas de procedimento;
- Comadre ou cuba-rim;
- Jarro com água.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Promover privacidade;
- 4.4 Explicar o procedimento ao acompanhante;
- 4.5 Proteja a cama com material plástico ou impermeável;
- 4.6 Posicionar o paciente em decúbito lateral sobre o lado da colostomia;
- 4.7 Proteger a roupa do paciente com papel toalha ou compressa;

- 4.8 Calçar luvas de procedimento;
- 4.9 Colocar a comadre sobre a cama direcionando abertura da bolsa para a comadre;
- 4.10 Abrir e esvaziar a bolsa coletora;
- 4.11 Afastar a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, colocar água dentro da bolsa até a metade da sua capacidade;
- 4.12 Fechar a abertura da bolsa com uma das mãos, fazer movimentos com a outra mão para remoção dos resíduos de fezes que tenham aderido a parede da bolsa;
- 4.13 Secar a abertura da bolsa com papel toalha ou compressa;
- 4.14 Pressione a bolsa suavemente, retirando o ar;
- 4.15 Fechar a abertura da bolsa com presilha, fazendo uma dobra na extremidade da bolsa sobre a haste interna da presilha;
- 4.16 Deixar o paciente confortável;
- 4.17 Despejar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
- 4.18 Recolher o material utilizado;
- 4.19 Retirar as luvas;
- 4.20 Higienizar as mãos POPn°01;
- 4.21 Registrar no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CONSENDE C.H; SOUZA S.R. ET AL. **Enfermagem médica-cirúrgica. 3 ed.** Rio de Janeiro. 2004 vol 3.

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

PORTELA C. R. CORREA G.T. **Manual de consulta para estagio em enfermagem.** São Caetano do sul. Difusão editora 2004.

7. ANEXOS:

- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa aumenta a durabilidade, conforto e evita constrangimentos ao paciente.

- A utilização de 1ml de vaselina líquida para umedecer as paredes internas da bolsa coletora facilita o esvaziamento da bolsa e evita aderência de resíduos fecais.
- Deve-se observar a cor, consistência, quantidade e odor.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Irrigação de ostomia intestinal		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 059	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem para uma correta técnica de irrigação de ostomia intestinal.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Soro fisiológico;
- Equipo;
- Sonda enteral;
- Luvas de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Preparar o material a ser utilizado;
- 4.2 Explicar para o acompanhante o procedimento;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Aquecer o soro fisiológico;
- 4.5 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.6 Fazer uma limpeza no orifício do estoma antes do procedimento;
- 4.7 Introduzir a sonda no orifício do estoma;
- 4.8 Conectar o soro fisiológico direto na sonda ou em um equipo conectando a sonda;
- 4.9 Introduzir o soro dentro do orifício estoma;

- 4.10 Deixar que o líquido exerça sua função dilatando o intestino grosso para que as fezes retornem;
- 4.11 Realizar novamente a limpeza no orifício e conectar a bolsa;
- 4.12 Deixar o ambiente em ordem;
- 4.13 Retirar as luvas e descartar em local apropriado;
- 4.14 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.15 Deixar paciente confortável.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALEXANDRE N.M ET AL. **Procedimentos Básicas de Enfermagem**. São Paulo; Editora Atheneu 2000.

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Limpeza da cânula de traqueostomia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 060	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica e os cuidados com pacientes traqueostomizados, evitando a obstrução por secreções e proporcionar conforto e bem estar.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Gaze estéril;
- Cuba rim estéril;
- Material de curativo ou pinça anatômica estéril;
- Luva de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Cadarço.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.5 Retirar a cânula interna com o auxílio de uma gaze estéril;
- 4.6 Colocar solução fisiológica na cuba rim;
- 4.7 Lavar a cânula, introduzindo uma gaze no interior da cânula, movimentando de uma extremidade para outra;

- 4.8 Trocar as gazes e limpar até ficar totalmente permeável;
- 4.9 Utilizando uma gaze limpa recolocar a cânula;
- 4.10 Deixar o paciente confortável;
- 4.11 Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- 4.12 Retirar as luvas;
- 4.13 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.14 Anotar no prontuário o procedimento realizado.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Limpar a cânula pelo menos uma vez ao dia e sempre que apresentar secreções.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Fixação de cânula orotraqueal e traqueostomia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 061	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica e os cuidados de enfermagem na fixação da cânula traqueal e de traqueostomia.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Luva Procedimento;
- Tesoura;
- Cadastrar (80 cm);
- Gaze;
- Fita hipoalergênica.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Explicar o procedimento ao acompanhante;
- 4.3 Iniciar amarração do cadarço, passando pela região occipital, acima das orelhas, continuando pela face até metade do lábio superior, onde se dá uma laçada e em seguida três nós tipo “trança”;
- 4.4 Passar em seguida na parte inferior do tubo, amarrando por baixo e a seguir por cima, duas ou mais vezes, até que a cânula esteja realmente fixa;
- 4.5 Cortar o cadarço que sobrou;
- 4.6 Manter o ambiente organizado;

4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.8 Anotar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- A troca da fixação do TOT e da traqueostomia tem como finalidade fixar a cânula de modo que esta, não possa se deslocar com o peso das conexões do ventilador ou pela tubulação de oxigênio ou com o movimento do paciente.
- A fixação deve ser trocada pelo menos uma vez ao dia, ou sempre que estiverem soltos ou sujos.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Aspiração traqueal		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermeiros e fisioterapeutas
POP Nº: 062	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica e os cuidados para aspiração traqueal em pacientes intubados e/ou traqueostomizados.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Fisioterapeutas e enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Algodão ou compressa estéril;
- Álcool 70%;
- Sonda Aspiração esterilizada (o diâmetro da sonda não deve ser maior que 1/3 da cânula);
- Luva Procedimento;
- Luva de Aspiração esterilizada;
- Soro fisiológico ou água destilada para irrigação;
- Bolsa máscara valva (AMBÚ);
- Óculos;
- Máscara.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Realizar ausculta pulmonar pré aspiração;
- 4.3 Explicar o procedimento ao acompanhante;
- 4.4 Colocar os EPI's;

- 4.5 Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la a extremidade do látex;
- 4.6 Abrir o vácuo e manter com pressão de 25 a 35 mmHg;
- 4.7 Hiperoxigenar o paciente com oxigênio a 100% usando uma bolsa de reanimação manual (AMBÚ) ou ventilador, antes, durante e após a aspiração (tempo de 2 minutos);
- 4.8 Realizar assepsia com algodão ou compressa estéril e álcool 70% na conexão da traquéia/filtro à cânula traqueal (TOT e Traqueostomia);
- 4.9 Observar o comprimento da sonda em relação à cânula Traqueal (TOT e Traqueostomia);
- 4.10 Instilar 2 ml de soro fisiológico para fluidificar secreção traqueal;
- 4.11 Ventilar com ambú de forma rápida para mobilizar secreção;
- 4.12 Introduzir de forma rápida a sonda de aspiração, mantendo clampeado o látex durante a introdução (observar para não introduzir toda a sonda para evitar lesões de traquéia);
- 4.13 Soltar o clampe e proceder à aspiração (este processo deverá ser executado no máximo entre 10 e 15 segundos);
- 4.14 Realizar ausculta pulmonar para verificar a necessidade de nova aspiração;
- 4.15 Lavar a extensão de látex, no final do ciclo das aspirações, desprezando a sonda em seguida.
- 4.16 Manter o ambiente organizado;
- 4.17 Anotar no prontuário a característica da secreção aspirada.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DIEPENBROCK, Nancy H. **Cuidados Intensivos**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

7. ANEXOS:

- A aspiração traqueal tem por finalidade remover secreções e manter permeável a via aérea.
- Deverá ser realizada após avaliação e não com horários pré-definidos.

Possíveis complicações da Aspiração:

- Hipoxemia;
- Arritmia;
- Estimulação Vagal (bradicardia, hipotensão);
- Atelectasia;
- Trauma da Mucosa Traqueal;
- Sangramento;
- Infecção Hospitalar;
- Instabilidade Hemodinâmica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Auxílio na intubação orotraqueal		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 063	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a técnica e os cuidados durante a intubação endotraqueal.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Ambú com máscara facial de tamanho adequado para a criança;
- Fonte de oxigênio e extensor para o ambú;
- Sistema de aspiração;
- Sonda de aspiração (06, 08, 10);
- Luva estéril (para o médico intubar);
- Luva procedimento;
- Luva aspiração;
- Acesso venoso permeável;
- 01 seringa 10 ml para testar o cuff, se necessário;
- 01 seringa 10 ml para administrar sedativo;
- Agulha 40x12mm;
- Agulha 25x7mm;
- Sedativo conforme prescrição médica;
- Laringoscópios com lâminas adequadas à criança;
- Tubo endotraqueal adulto (2,5-3-3,5-4-4,5-5-5,5) com e sem cuff;
- 01 seringa 10 ml para testar balonete do tubo;
- Fio guia moldável;

- Xilocaína gel;
- Cadastrar para fixação da cânula.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Calçar luvas de procedimento;
- 4.3 Preparar material de aspiração;
- 4.4 Montar laringoscópio;
- 4.5 Testar balonete do tubo orotraqueal, sem contaminá-lo;
- 4.6 Conectar fio guia no tubo orotraqueal, conforme solicitação médica;
- 4.7 Lubrificar tubo com xylocaína gel;
- 4.8 Aspirar vias aéreas, se necessário;
- 4.9 Posicionar o paciente em decúbito dorsal e auxiliar o médico no posicionamento de modo a facilitar o procedimento (cabeça em extensão);
- 4.10 Entregar para o médico tubo e laringoscópio montado;
- 4.11 Aguardar que o médico realize o procedimento, auxiliando sempre que necessário;
- 4.12 Após a intubação, segurar o tubo para o médico retirar o fio guia;
- 4.13 Ventilar paciente com ambú, para o médico auscultar os pulmões;
- 4.14 Depois de confirmada a posição pelo médico, se for utilizado tubo com cuff: insuflar o cuff, com a seringa;
- 4.15 Fixar tubo orotraqueal com cadarço;
- 4.16 Reunir todo o material e manter o ambiente organizado;
- 4.17 Deixar o paciente confortável;
- 4.18 Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.19 Anotar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico;
- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DIEPENBROCK, Nancy H. **Cuidados Intensivos.** Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

7. ANEXOS:

- A intubação orotraqueal é um procedimento realizado pelo médico, no qual instala-se uma cânula na traquéia através da cavidade oral, a fim de oferecer suporte ventilatório através de ventilação artificial.

Indicações da Intubação Orotraqueal:

- Fadiga da musculatura respiratória;
- Hipoxemia refratária;
- Doença neuromuscular;
- Trabalho respiratório excessivo;
- Redução da pressão intracraniana;
- Obstrução de vias aéreas;
- Instabilidade hemodinâmica grave;
- Diminuir consumo de oxigênio “Proteção” de vias aéreas;
- Anormalidades de parede torácica.

Complicações da Intubação Orotraqueal:

- Lesão da laringe;
- Laceração de esôfago/traquéia;
- Pneumotórax/hipotensão;
- Lesão de lábios, dentes e partes moles;
- Bradicardia;
- Sangramento em vias aéreas superiores.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Cuidados com o dreno de tórax		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 064	EMISSÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre cuidados a serem tomados com o paciente com dreno de tórax.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Verificar se o dreno está funcionando através da observação da oscilação e borbulhas;
- 4.2 Observar padrão respiratório;
- 4.3 Realizar curativo compressivo com soro fisiológico 1x ao dia no local da inserção;
- 4.18 Fixe o tubo com esparadrapo na parede torácica do cliente;
- 4.19 Clampear o dreno sempre que for mobilizar o paciente;
- 4.20 Trocar o selo de água 1x ao dia, a quantidade de soro varia conforme tamanho do recipiente;
- 4.21 Manter o dreno imerso no selo da água;
- 4.22 Anotar aspecto e quantidade de drenagem e a quantidade do selo da água
- 4.23 Manter o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax;
- 4.24 Ensinar os cuidados do dreno ao paciente e familiar.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;

- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SOUZA S. R. ET AL. **Enfermagem Medico-Cirurgica**. 3 ed. Vol 1. rio de janeiro; 2004.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Troca de selo d'água do frasco de drenagem torácica		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 065	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à troca de selo d'água do frasco na drenagem torácica, padronizando a troca do selo d'água e prevenindo infecções.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Frasco graduado;
- Luvas de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Etiqueta de validade.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.5 Clampear o dreno com a presilha própria;
- 4.6 Verificar a quantidade de solução no frasco;
- 4.7 Abrir a o frasco, sem tocar na haste;
- 4.8 Despejar a solução no frasco graduado para quantificar a drenagem;
- 4.9 Enxaguar o frasco com 100ml de solução fisiológica;

4.10 Encher o frasco com soro fisiológico até que o final da haste esteja 2 cm abaixo do nível do líquido ou até a linha de marcação a ser atingida.

4.11 Tampar o frasco sem contaminar a haste;

4.12 Desclampar a presilha;

4.13 Identificar com etiqueta de validade contendo data, horário, volume do selo de água e nome do profissional;

4.14 Reunir o material utilizado;

4.15 Encaminhar o material utilizado ao expurgo;

4.16 Retirar as luvas de procedimento;

4.17 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.18 Registrar no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH J. **Manual de procedimentos de enfermagem**. São Paulo. Editora martinari 200.

SOUZA V.H.S. MOZAEHI N. **O hospital – manual do ambiente hospitalar**. 2 ed. Curitiba 2005.

7. ANEXOS:

- Mensura-se e esvazia-se o frasco quando necessário, no mínimo a cada 24 horas, e reutiliza-se o frasco para o mesmo paciente, desde que seja adotada técnica asséptica e se utilize solução estéril para refazer o selo d'água.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Auxílio na retirada do dreno de tórax		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 066	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à Retirada do dreno de tórax.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Kit curativo;
- Luvas de procedimento;
- Lâmina de bisturi nº 11 ou 15;
- Clorexidina tópica;
- Esparadrapo largo;
- Gaze estéril;
- Biombo.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Colocar o biombo promovendo privacidade;
- 4.5 Posicionar o paciente;
- 4.6 Preparar o curativo, colocando as gazes estéreis em um pedaço do esparadrapo;
- 4.7 Abrir o material;

- 4.8 Fazer a assepsia do local de inserção do dreno com clorexidina;
- 4.9 Retirar a sutura cortando o fio com a lâmina do bisturi;
- 4.10 Orientar o paciente a inspirar profundamente e prender a respiração durante a retirada do dreno;
- 4.11 Tracionar o dreno com movimento circular e coloque imediatamente o curativo oclusivo;
- 4.12 Manter o curativo oclusivo por 48hs;
- 4.13 Deixar o paciente em posição confortável;
- 4.14 Retirar o material utilizado;
- 4.15 Deixar o ambiente em ordem;
- 4.16 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.17 Realizar anotações no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH J. **Manual de procedimentos de enfermagem.** São Paulo. Editora martinari 2009.

7. ANEXOS:

- Deve-se manter o curativo oclusivo por 48hs para evitar a possibilidade de entrada de ar através da parede torácica.
- A retirada do dreno de tórax pela Enfermeira está respaldada pelo parecer nº020/2014.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Aplicação de bolsa de gelo		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 067	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à aplicação de frio.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bolsa de gelo;
- Recipiente com gelo picado;
- Toalha ou pano protetor para a bolsa.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- 4.2 Lavar as mãos, conforme POP 01;
- 4.3 Organizar o material e levar até o leito do paciente;
- 4.4 Passar os pedaços de gelo na água para retirar as arestas e colocá-los na bolsa;
- 4.5 Verificar as condições de uso da bolsa;
- 4.6 Vedar bem a bolsa, evitando vazamento de água;
- 4.7 Envolver a bolsa com toalha ou pano, exceto quando colocada sobre local enfaixado ou protegido;
- 4.8 Colocar a bolsa sobre o local indicado deixá-la por alguns minutos e retirá-la, repetindo o processo por aproximadamente 20 minutos. Não deixar a bolsa sobre a pele por muito tempo para não causar queimaduras pelo frio da bolsa;
- 4.9 Esvaziar a bolsa após o tratamento, lavar, enxugar, encher de ar e guardar;

- 4.10 Lavar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.11 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.12 Anotar o cuidado no prontuário;

5. FATORES DE RISCO:

- Risco Físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

7. ANEXOS:

- Sempre avaliar a pele do paciente durante o procedimento e trocar a posição da bolsa durante o procedimento;
- O procedimento está indicado em casos de edema, hematoma, contusões e torções, sangramento ativo, rompimento de ligamentos ou estiramento de músculos.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Aplicação de compressa fria		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 068	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à aplicação de frio.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Compressas;
- Bacia com água gelada;
- Luvas de procedimento;
- Impermeável.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- 4.2 Organizar o material e levar até o leito do paciente;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01 e calçar as luvas;
- 4.4 Proteger a cama com impermeável;
- 4.5 Colocar a compressa na água e torcer;
- 4.6 Colocar sobre o local indicado;
- 4.7 Colocar na água a outra compressa que irá substituir a que está no paciente;
- 4.8 Trocá-las a cada 3 minutos, durante 20 minutos;
- 4.9 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.10 Tirar as luvas;
- 4.11 Lavar as mãos;

4.12 Anotar o cuidado no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

7. ANEXOS

- Promove vasoconstrição, diminui hemorragias, congestão e a inflamação, baixar a temperatura corporal, aliviar a dor e reduzi edema.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Aplicação de calor		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 069	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a realização de bolsa de água morna.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

3.1 BOLSA DE ÁGUA QUENTE

- 3.1.1 Bolsa de água quente
- 3.1.2 Jarra de água quente
- 3.1.3 Toalha ou pano protetor para a bolsa

3.2 COMPRESSAS QUENTES

- 3.2.1 Duas Compressas
- 3.2.2 Bacia com água quente
- 3.2.3 Luvas de procedimento
- 3.2.4 Impermeável

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

4.1 Bolsa de água quente

- 4.1.1 Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- 4.1.2 Lavar as mãos;
- 4.1.3 Verificar as condições de uso da bolsa;
- 4.1.4 Colocar água quente na bolsa na quantidade de $\frac{3}{4}$ para pés, mãos e em local que haja suporte ósseo. Usar $\frac{1}{3}$ para abdome e epigástrico;

- 4.1.5 Retirar o ar da bolsa, colocando-a sobre uma superfície plana, deixando a água chegar até o gargalo;
- 4.1.6 Vedar bem a bolsa, evitando vazamento;
- 4.1.7 Envolver a bolsa com pano ou toalha, impedimento o contato direto da mesma com a pele do paciente;
- 4.1.8 Aplicar no local indicado, deixar agir por alguns minutos e retire a bolsa, repetindo o processo várias vezes, por aproximadamente 20 minutos;
- 4.1.9 Esvaziar a bolsa após o tratamento, lavar, enxugar, encher de ar e guardar;
- 4.1.10 Lavar as mãos;
- 4.1.11 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.1.12 Anotar o cuidado no prontuário.

4.2 Compressas quentes:

- 4.2.1 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.2.2 Organizar o material e levar até o leito do paciente
- 4.2.3 Calçar as luvas;
- 4.2.4 Proteger a cama com impermeável;
- 4.2.5 Colocar a compressa na água e torcer;
- 4.2.6 Antes de colocar a compressa no local verificar a temperatura na face interna do antebraço;
- 4.2.7 Colocar a compressa no local indicado, deixar agir por alguns minutos e retire a compressa;
- 4.2.8 Preparar outra compressa para fazer a troca;
- 4.2.9 Repita o processo várias vezes, por aproximadamente 20 minutos;
- 4.2.10 Terminado o tratamento, usar uma toalha seca para secar o local evitando um choque térmico;
- 4.2.11 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.2.12 Tirar as luvas;
- 4.2.13 Lavar as mãos;
- 4.2.14 Anotar o cuidado no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

7. ANEXOS:

- A temperatura da água deve ser morna.
- Pode-se utilizar a bolsa de água morna em casos de retenção urinária que promove relaxamento muscular e induz a micção espontânea.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Verificação da glicemia capilar - HGT		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 070	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem quanto ao procedimento de verificação de glicemia capilar (nível de glicose no sangue).

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Agulha de insulina ou lanceta;
- Aparelho de Glicemia com fita;
- Algodão embebido em álcool;
- Luvas de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Lavar as mãos conforme nº01;
- 4.2 Instruir o paciente e acompanhante sobre o procedimento;
- 4.3 Preparar o material e levar ao quarto do paciente;
- 4.4 Calçar as luvas;
- 4.5 Posicionar o paciente sentado ou deitado em decúbito dorsal apoiando o braço, de modo a mantê-lo confortável;
- 4.6 Limpar e secar completamente o ponto de aplicação com algodão com álcool;
- 4.7 Na impossibilidade de realizar a coleta nos dedos das mãos, a mesma pode ser realizada no lóbulo da orelha;
- 4.8 Em lactentes a coleta deve ser realizada no calcâneo;

- 4.9 Ligar o aparelho e conectar a fita ao mesmo;
- 4.10 Segurar o dedo do paciente fazendo uma leve compressão na ponta do mesmo, e com um movimento leve e rápido furar o dedo com a agulha ou lanceta;
- 4.11 Manter a compressão para que uma gota de sangue se forme e preencha de forma adequada a fita no aparelho;
- 4.12 Fazer a leitura do dado fornecido na tela do aparelho;
- 4.13 Remover a fita do aparelho e desprezar junto com o algodão no lixo contaminado;
- 4.14 Colocar o material em ordem e colocar o paciente em posição confortável;
- 4.15 Tirar as luvas e lavar as mãos;
- 4.16 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente;

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Manual do proprietário – Prestige IQ (Sistema de Monitoração de glicose no Sangue).

7. ANEXOS:

- Após realização do teste de glicemia, este deverá ser checado e anotado no prontuário do paciente, observando sempre se há esquema de reposição de insulina conforme o valor da glicemia.
- Fazer rodízio de local para teste de glicemia capilar;
- Sempre após o uso, passar um algodão embebido em álcool 70% para limpeza do aparelho.

Valores de referência:

- ▶ *Normal 70 a 99 mgd/L;*
- ▶ *Hiperglicemia: acima de 200 mgd/L;*
- ▶ *Hipoglicemia em crianças abaixo de 60 mgd/L;*
- ▶ *Hipoglicemia no recém-nascido abaixo de 40 mgd/L.*



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Utilização da Atadura		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 071	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à forma correta da utilização da atadura.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Atadura;
- Fita crepe.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Oriente o paciente e acompanhante sobre o cuidado;
- 4.2 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3 Organizar o material, e levá-lo ao quarto do paciente;
- 4.4 Colocar a atadura sobre o seguimento corporal, de modo que o rolo se abra para cima;
- 4.5 Aplicar no sentido horário, salvo se a pessoa for canhota;
- 4.6 Segurar a extremidade com a mão esquerda, enquanto a direita dá a volta;
- 4.7 Passar a atadura com as duas mãos que deve tracionar o rolo uniformemente;
- 4.8 Iniciar a envoltura fazendo a seguinte fixação: aplicar várias voltas circulares na parte cilíndrica, na primeira volta dobrar a pauta da atadura e atravessar obliquamente;
- 4.9 Desenrolar a atadura, à medida que for atingindo a superfície corporal;
- 4.10 Fixar a atadura com a fita crepe, esparadrapo ou então, cortando a extremidade da atadura ao meio, envolvendo o membro e amarrando as duas extremidades;

4.11 Para retirar a atadura passar a atadura de uma mão para outra enrolando-a, caso esteja muito aderente umedecer com SF 0,9% e quando muito sujas devem ser removidas com luvas de procedimento;

4.12 Lavar as mãos conforme POP nº01;

4.13 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10 ed. v.1, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Técnica de colocação de luva estéril		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 072	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a forma das equipes médicas e de enfermagem calçar luva estéril.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

3. MATERIAIS:

- Luvas estéreis.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Colocar o pacote sobre uma superfície lisa e abrir o pacote evitando contaminação;
- 4.3 Retirar a primeira luva, pegando-a pela dobra do punho, parte interna, levanta-lá, mantendo longe do corpo. Colocar a luva na mão, tocando apenas no punho;
- 4.4 Retirar a segunda luva, colocando os dedos da mão já enluvada sob o punho da segunda luva e coloque-a na mão;
- 4.5 Ajustar os dedos de ambas as mãos;
- 4.6 Para retirar as luvas, puxar a primeira luva pelo lado externo do punho e a segunda pelo lado interno.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANVISA, Agência nacional de vigilância sanitária – higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília 2007.

7. ANEXOS:



8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Nebulização		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 073	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a administração de medicamentos por via respiratória, através de um aparelho chamado nebulizador.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Fonte de oxigênio, ar comprimido, ou aparelho próprio para nebulização;
- Conexão de borracha ou plástica;
- Bandeja;
- Kit de Inalação;
- Ampola de solução fisiológica a 0,9%;
- Medicamento prescrito;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Oriente o paciente e acompanhante sobre o procedimento;
- 4.2 Organizar o material, colocando a solução fisiológica com o medicamento no nebulizador na dose correta;
- 4.3 Preparar o paciente para receber o tratamento: em posição de Fowler, ou sentado na cama, cadeira ou sofá;
- 4.4 Conectar o nebulizador à fonte de oxigênio, ar comprimido ou aparelho de nebulização;

- 4.5 Regular o fluxo de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição: geralmente 4 litros/minuto;
- 4.6 Se possível, instruir o paciente para inspirar profundamente a medicação e respirar lentamente, permanecendo com a boca semi aberta, sem conversar;
- 4.7 Manter a nebulização até consumir toda a solução medicamentosa;
- 4.8 Deixar o local em ordem e o paciente confortável;
- 4.9 Fazer a limpeza do kit de nebulização no expurgo, encaminhar para a central de material posteriormente, no horário pré definido.
- 4.10 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.11 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

7. ANEXOS:

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Administração de medicamento via Nebulização/Inalação		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 074	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Umidificar a via aérea superior;
- Facilitar a drenagem do muco das vias respiratórias;
- Fluidificar as secreções brônquicas;
- Minimizar o processo inflamatório;

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Kit de inalação;
- Ampola de solução fisiológica a 0,9%;
- Medicamento prescrito;
- Torpedo de Oxigênio com fluxômetro ou inalador.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Organizar o material necessário em uma bandeja;
- 4.3 Colocar 3 a 5 ml de solução fisiológica 0,9% no reservatório do inalador;
- 4.4 Acrescentar a medicação, conforme prescrição médica;
- 4.5 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.6 Conectar o inalador ao extensor e ao fluxômetro;

- 4.7 Ligar o fluxômetro, com fluxo de 3 a 7l/min de oxigênio e verificar se há saída de névoa do inalador;
- 4.8 Se possível, orientar o paciente para respirar tranquilamente;
- 4.9 Ao término da inalação, recolher o material utilizado;
- 4.10 Deixar o paciente confortável;
- 4.11 Fazer a limpeza do kit de nebulização no expurgo, encaminhar para a central de material posteriormente, no horário pré definido.
- 4.12 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.13 Registrar o procedimento realizado.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

7. ANEXOS:

- Em pacientes com déficit motor, o acompanhante ou o profissional deverá segurar o inalador ao mesmo tempo em que observa possíveis efeitos indesejados.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Oxigenioterapia por cateter nasal tipo óculos		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 075	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a administração de oxigênio por cateter nasal tipo óculos;
- Melhorar a oxigenação e perfusão tecidual.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Umidificador;
- Água destilada;
- Fluxômetro
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Gaze.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Dispor de todo material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Montar o umidificador, colocando água destilada até o nível indicado e conectar o cateter;
- 4.5 Conectar o umidificador à rede de oxigênio, através de fluxômetro;

- 4.6 Calçar luvas de procedimento;
- 4.7 Limpar as narinas do paciente com gaze umedecida com soro fisiológico;
- 4.8 Introduzir o cateter tipo óculos nas narinas e ajusta-lo nas orelhas do paciente;
- 4.9 Abrir o fluxômetro, regulando a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica;
- 4.10 Verificar se há borbulhamento no frasco do umidificador;
- 4.11 Observar o paciente;
- 4.12 Verificar os sinais vitais;
- 4.13 Colocar etiqueta no umidificador e no cateter com a data da instalação;
- 4.14 Deixar o paciente confortável;
- 4.15 Retirar o material do quarto;
- 4.16 Manter o ambiente organizado;
- 4.17 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.18 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.19 Realizar anotações no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos biológicos.
- Riscos físicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS

- Não se aplica.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Oxigenioterapia por máscara de Venturi		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 076	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Fornecer aporte de oxigênio para melhorar o padrão respiratório do paciente.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Kit de Máscara de Venturi;
- Água destilada;
- Cadarço;
- Material para verificar os sinais vitais;
- Fluxômetro.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Organizar o material necessário em uma bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Colocar o paciente em posição de Fowler;
- 4.5 Montar o sistema e conectar a rede de oxigênio, através do fluxômetro;
- 4.6 Abrir o fluxômetro, de acordo com a indicação do conector da máscara de Venturi, certificando-se de sua perviedade, e verifique o borbulhamento;
- 4.7 Colocar a máscara sobre a face do paciente delicadamente e ajuste o cadarço para fixá-la;

- 4.8 Observar o paciente e verificar a pressão arterial, o pulso e a frequência respiratória;
- 4.9 Deixar o paciente confortável;
- 4.10 Manter o ambiente organizado;
- 4.11 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.12 Registrar no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Riscos biológicos.
- Riscos físicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

7. ANEXOS:

- As máscaras de Venturi possibilitam que o fluxo de oxigênio penetre na máscara facial através de um orifício, misturando-o com o ar ambiente para fornecer a concentração desejada de oxigênio. As máscaras precisam estar bem ajustadas na face, para que se obtenha o resultado desejado. O sistema deve ser trocado a cada 24hs.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Sondagem nasogástrica		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 077	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à forma correta da passagem da sonda nasogástrica (SNG).

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

3. MATERIAIS:

- Sonda gástrica de Levine, com calibre de acordo com a necessidade do paciente;
- Lubrificante: Xilocaína gel ou solução fisiológica (substâncias hidrossolúveis);
- Gazes;
- Seringa de 10ml;
- Toalha ou papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Estetoscópio;
- Copo com água;
- Esparadrapo ou micropore;
- Cuba-rim;
- Saco plástico para resíduos contaminados.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Oriente o paciente e acompanhante sobre o cuidado e o procedimento;
- 4.2 Lavar as mãos conforme POP nº01;

- 4.3 Organizar o material, e levá-lo ao quarto do paciente;
- 4.4 Colocar o paciente em posição Fowler ou em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para frente, com queixo o mais próximo do tórax;
- 4.5 Proteger o tórax do paciente com a toalha ou papel toalha;
- 4.6 Calçar as luvas;
- 4.7 Medir a sonda a partir do lóbulo da orelha, passando pela asa do nariz em seguida até o apêndice xifóide e marcando com esparadrapo ou caneta permanente;
- 4.8 Lubrificar a sonda com xilocaína e introduzi-la por uma das narinas, sem forçar, se possível, pedindo ao paciente para deglutir a sonda e respirar pela boca. Introduzir a sonda até a marcação nela feita;
- 4.9 Comprovar a localização da sonda através: da aspiração pela seringa de 10 ml, para ver se há retorno de suco gástrico ou outros líquidos, pela ausculta feita na região epigástrica de ar injetado pela seringa de 10ml (não esquecer de retirar o ar) ou ainda pela presença de bolhas no copo com água, nesse caso a sonda está no pulmão;
- 4.10 Após todos os testes e confirmado a presença da sonda no estômago, fixar a sonda com esparadrapo de maneira que ela fique imóvel;
- 4.11 Manter a sonda aberta ou fechada, de acordo com a prescrição médica;
- 4.12 Manter a cabeceira do paciente elevada;
- 4.13 Deixar o local em ordem e o paciente confortável;
- 4.14 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.15 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

7. ANEXOS:

- Procedimento privativo do enfermeiro;

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Sonda Nasoenteral		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 078	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Obter via de acesso para medicação e nutrição enteral, melhorando o aporte nutricional de pacientes debilitados, através de dietas especiais.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Sonda nasoenteral (Duboff) com guia, de tamanho adequado às necessidades do paciente;
- Seringa de 10 ml;
- 1 pacote de gaze;
- Estetoscópio;
- Espadrado, fita hipoalergênica ou fita adesiva;
- Biombo;
- Copo com água;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Gazes;
- Toalha ou compressas.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Preparar o material necessário;
- 4.2 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.3 Explicar o procedimento e sua finalidade ao acompanhante;
- 4.4 Promover a privacidade, colocando biombo;
- 4.5 Calçar luvas de procedimento;
- 4.6 Colocar o paciente em posição Fowler e dispor uma toalha ou compressa sobre o tórax;
- 4.7 Observar a permeabilidade das narinas;
- 4.8 Medir a extremidade da sonda, desde o lóbulo da orelha, até a asa do nariz, descendo da asa do nariz, passando pelo apêndice xifoide até a cicatriz umbilical;
- 4.9 Marcar na medida com caneta permanente ou esparadrapo;
- 4.10 Lubrificar a parede externa da sonda com água ou lubrificante hidrossolúvel;
- 4.11 Fletir a cabeça do paciente até encostar o queixo no tórax;
- 4.12 Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida, direcionando-a para trás e para baixo;
- 4.13 Se possível, solicitar ao paciente que faça o movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda pela epiglote;
- 4.14 Observar sinal de cianose ou desconforto respiratório (neste caso retirar a sonda);
- 4.15 Conectar uma seringa de 10 ml à extremidade da sonda e aspirar para confirmar o posicionamento da sonda no estomago;
- 4.16 Colocar o estetoscópio no quadrante superior esquerdo do abdome e injetar de 5 a 10ml de ar pela sonda, auscultar o ruído produzido para certificar o posicionamento;
- 4.17 Retirar o fio guia, sem tracionar a sonda;
- 4.18 Fixar a sonda com adesivo hipoalergênico;
- 4.19 Deixar o paciente confortável e lateralizado para a direita, facilitando a progressão da sonda até pós pilórica;
- 4.20 Recolher o material utilizado;
- 4.21 Encaminhar o material permanente ao expurgo;
- 4.22 Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%;
- 4.23 Retirar as luvas de procedimento, higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.24 Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente;
- 4.25 Solicitar raio-x para confirmar a posição da sonda.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FERNANDES, M. V. *et al.* **Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem**. Eduel, Londrina, 2002.

7. ANEXOS:

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- A sonda nasoenteral por períodos prolongados pode levar a complicações tardias como migração da sonda (especialmente para o esôfago), aspiração pulmonar das soluções infundidas, lesão da mucosa do trato gastrointestinal pela ponta da sonda, infecções de vias aéreas e trato respiratório superior, estenose esofágica paralisia de cordas vocais.

METODOS E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRICAÇÃO ENTERAL:

INTERMITENTE:

- **Gravitacional:** Volume de 100 a 300 ml administrado por gotejamento em equipo macrogotas a cada 3 a 4 horas, e seguida de irrigação da sonda com 20 a 30 ml de água.
- **Por bomba infusora:** para melhor precisão no volume prescrito.

ALIMENTAÇÃO CONTÍNUA:

- **Gravitacional:** ministrada em pequenos volumes durante 24 horas, com interrupção a cada 6 a 8 horas para irrigação da sonda, para evitar obstrução;

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Sonda vesical de demora - feminina		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 079	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a realização de cateterismo vesical em pacientes do sexo feminino, para controlar o volume urinário e possibilitar a eliminação de urina em pacientes imobilizados ou inconscientes.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene íntima com água e sabonete;
- Clorexidine tópico;
- Material de cateterismo vesical estéril;
- Gaze estéril;
- Seringa de 10 ou 5 ml;
- Agulha 40X12mm;
- Sonda Foley de tamanho adequado para a criança;
- Bolsa coletora de urina, sistema fechado;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Água destilada;
- Fita hipoalergênica.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Promover privacidade com o biombo;
- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima do paciente com água e sabonete;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- 4.11 Abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar o clorexidine tópico na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis POP nº71;
- 4.15 Aspirar água destilada na seringa, volume conforme a indicação da sonda;
- 4.16 Conectar a sonda na bolsa coletora;
- 4.17 Fazer a antisepsia com Clorexidine tópico, do meato urinário com movimento para baixo em direção ao períneo, desprezar a gaze;
- 4.18 Separar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, utilizando uma gaze, expondo o vestíbulo da vagina; desprezar a gaze;
- 4.19 Fazer a antisepsia do meato uretral;
- 4.20 Lubrificar a sonda com anestésico;
- 4.21 Introduzir a sonda no meato uretral até o retorno de urina;
- 4.22 Encha o *cuff* da sonda vesical de demora com a seringa;
- 4.23 Prenda a sonda na face interna na coxa, com fita hipoalergênico;
- 4.24 Retirar as luvas estéreis;
- 4.25 Etiquetar o coletor com data, hora, nome e COREN do profissional;
- 4.26 Prenda o coletor de urina de sistema fechado na parte inferior do leito, abaixo do nível da bexiga do paciente;
- 4.27 Deixar o paciente confortável;
- 4.28 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;

4.29 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.30 Anotar o procedimento realizado.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.
- Riscos físicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- Em pacientes com sonda vesical de demora, deve-se fazer higienização cuidadosa do meato urinário.
- Procedimento privativo do enfermeiro.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Sonda vesical de alívio - feminina		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 080	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Maryellen D'Zarth	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a passagem de sonda vesical de alívio para esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária ou para coletar material para exame.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene (água e sabonete);
- Clorexidine tópica;
- Material de cateterismo estéril;
- Sonda uretral nº 6 ou 8;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Frasco para coleta de urina, ou frasco graduado.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Promover privacidade com o biombo;

- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima da paciente com água e sabão;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- 4.11 Abrir o material com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar a clorexidine tópica na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis;
- 4.15 Fazer a antissepsia com clorexidine tópica, do meato urinário com movimento para baixo em direção ao períneo, desprezar a gaze;
- 4.16 Separar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, utilizando uma gaze, expondo o vestibulo da vagina; desprezar a gaze;
- 4.17 Fazer a antissepsia do meato uretral;
- 4.18 Lubrificar a sonda com anestésico;
- 4.19 Introduzir a sonda no meato uretral até o retorno de urina;
- 4.20 Colocar a extremidade distal da sonda uretral dentro da cuba-rim esterilizada;
- 4.21 Colocar o coletor estéril de urina dentro da cuba rim, coletando amostra para exame (se necessário);
- 4.22 Retirar a sonda delicadamente ao término do fluxo urinário;
- 4.23 Desprezar a urina no vaso sanitário;
- 4.24 Retirar as luvas estéreis;
- 4.25 Deixar o paciente confortável;
- 4.26 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;
- 4.27 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.28 Anotar o procedimento realizado.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- O anestésico para lubrificação da sonda deve ser estéril e de uso único.
- Procedimento privativo do enfermeiro.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Sonda vesical de demora masculina		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 081	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a realização de cateterismo vesical em pacientes do sexo masculino, para controlar o volume urinário e possibilitar a eliminação de urina em pacientes imobilizados ou inconscientes.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene íntima com água e sabonete;
- Clorexidine tópico;
- Material de cateterismo vesical estéril;
- Seringa de 10 ou 5 ml;
- Agulha 40X12mm;
- Sonda Foley de tamanho adequado para a criança;
- Bolsa coletora de urina, sistema fechado;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Água destilada;
- Fita hipoalergênica.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Promover privacidade com o biombo;
- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima do paciente com água e sabonete;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- 4.11 Abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar o clorexidine tópico na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis POP nº71;
- 4.15 Aspirar água destilada na seringa, volume conforme a indicação da sonda;
- 4.16 Conectar a sonda na bolsa coletora;
- 4.17 Fazer a antisepsia com Clorexidine tópico, do meato urinário com movimento para baixo em direção aos testículos, desprezar a gaze;
- 4.18 Abaixar a membrana do prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante, expondo o meato urinário;
- 4.19 Fazer a antisepsia do meato uretral;
- 4.20 Lubrificar a sonda com anestésico;
- 4.21 Introduzir a sonda no meato uretral até o retorno de urina;
- 4.22 Encha o *cuff* da sonda vesical de demora com a seringa;
- 4.23 Retornar a membrana do prepúcio para a posição anatômica;
- 4.24 Prenda a sonda na face interna na coxa, com fita hipoalergênico;
- 4.25 Retirar as luvas estéreis;
- 4.26 Etiquetar o coletor com data, hora, nome e COREN do profissional;
- 4.27 Prenda o coletor de urina de sistema fechado na parte inferior do leito, abaixo do nível da bexiga do paciente;
- 4.28 Deixar o paciente confortável;
- 4.29 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;
- 4.30 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.31 Anotar o procedimento realizado.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS:

- MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

7. ANEXOS

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- Em pacientes com sonda vesical de demora, deve-se fazer higienização cuidadosa do meato urinário. Em pacientes acamados, a cada troca.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Sonda vesical de alívio masculina		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 082	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a passagem de sonda vesical de alívio no homem para esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária, para coletar material para exame e instilação de medicamentos.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene íntima com água e sabonete;
- Clorexidine tópica;
- Material de cateterismo estéril;
- Sonda uretral nº 6 ou 8;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Frasco graduado.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.4 Promover privacidade com o biombo;

- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima da paciente com água e sabão;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre o leito entre as pernas do paciente;
- 4.11 Abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar o clorexidine tópico na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis;
- 4.15 Fazer a antisepsia com clorexidine tópico no meato urinário com movimento para baixo em direção aos testículos;
- 4.16 Trocar a gaze;
- 4.17 Abaixar a membrana do prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante, expondo o meato urinário;
- 4.18 Fazer a antisepsia do meato uretral;
- 4.19 Lubrificar a sonda com anestésico;
- 4.20 Introduzir a sonda no meato uretral;
- 4.21 Colocar a extremidade distal da sonda uretral dentro da cuba-rim esterilizada;
- 4.22 Colocar o coletor estéril de urina dentro da cuba rim, coletando amostra para exame (se necessário);
- 4.23 Retirar a sonda delicadamente ao término do fluxo urinário;
- 4.24 Desprezar a urina no vaso sanitário;
- 4.25 Retirar as luvas estéreis;
- 4.26 Deixar o paciente confortável;
- 4.27 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;
- 4.28 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.29 Anotar o procedimento realizado.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS:

- MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

- CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- Em alguns casos de retenção urinária, pode-se colocar bolsa de água quente na região supra púbica, para estimular a drenagem da urina;
- O anestésico para lubrificação da sonda deve ser estéril e de uso único.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIÁVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Retirada de sonda vesical de demora		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 083	EMISSÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a . Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à retirada da sonda vesical de demora.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

3. MATERIAIS:

- Seringa de 10 ml;
- Luvas de procedimentos.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Calçar luvas de procedimento;
- 4.3 Esvaziar a bolsa coletora;
- 4.4 Desinsuflar o balonete com a seringa;
- 4.5 Retirar a sonda;
- 4.6 Desprezar a bolsa coletora e a sonda;
- 4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.8 Anotar no prontuário.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- Após a retirada da sonda, recomenda-se observar e anotar o horário, o volume e o aspecto da primeira micção espontânea.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Lavagem intestinal		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 084	EMIÇÃO EM: 01/02/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar a realização de lavagem intestinal, estimulando o peristaltismo, facilitando a eliminação fecal e promovendo o esvaziamento intestinal.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Sonda retal;
- Impermeável;
- Equipo macrogotas;
- Suporte de soro;
- Cuba rim;
- Comadre;
- Lubrificante;
- Biombo;
- Solução prescrita;
- Papel higiênico ou material para higiene;
- Gazes;
- Luvas de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Verificar a indicação do tratamento e a solução prescrita;

- 4.2 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3 Aquecer o frasco em banho Maria a uma temperatura de 37º, ou no microondas;
- 4.4 Preparar o material na bandeja;
- 4.5 Abrir o pacote do irrigador;
- 4.6 Conectar o equipo de soro ao frasco com a solução;
- 4.7 Retirar o ar da extensão do equipo;
- 4.8 Orientar o paciente sobre o procedimento ou acompanhante;
- 4.9 Manter o ambiente privativo;
- 4.10 Proteger a cama com permeável;
- 4.11 Colocar o paciente em posição de SIM'S (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa e sem travesseiro, conforme POP nº43;
- 4.12 Dispor o irrigador no suporte de soro cerca de 50 cm acima do nível da cama;
- 4.13 Conectar a sonda retal ao equipo;
- 4.14 Lubrificar a extremidade da sonda com gaze embebida em lubrificante;
- 4.15 Manter o circuito fechado;
- 4.16 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.17 Afastar os glúteos com uma das mãos protegida com gaze;
- 4.18 Introduzir a sonda no reto suavemente;
- 4.19 Não forçar a entrada da sonda se encontrar resistência;
- 4.20 Abrir o equipo;
- 4.21 Deixar a solução correr lentamente;
- 4.22 Observar as reações do paciente;
- 4.23 Fechar o equipo antes de terminar o líquido para evitar a entrada de ar;
- 4.24 Retirar a sonda lentamente;
- 4.25 Desprezar a sonda;
- 4.26 Manter o paciente com fraldas;
- 4.27 Observar a quantidade e o aspecto da eliminação;
- 4.28 Promover conforto ao cliente;
- 4.29 Recolher o material e encaminhar o para o expurgo;
- 4.30 Retirar as luvas;
- 4.31 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.32 Anotar o procedimento, o aspecto, a quantidade da eliminação e intercorrências.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS

- Observe e anote o aspecto do retorno intestinal e atentar para presença de sangue.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Mapa de dietas		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 085	EMIÇÃO EM: 01/02/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Fornecer a dieta correta para os pacientes.

1. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, técnicos de enfermagem e Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

2. MATERIAIS:

- Mapa de dietas;
- Caneta.

3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Anotar no mapa de dietas o leito, nome e a dieta do paciente;
- 4.2 Conferir o mapa de dietas a cada turno;
- 4.3 Encaminhar para o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) o mapa completo.
- 4.4 Comunicar o SND, no caso de alteração da dieta, internação, alta, óbito, transferência;
- 4.5 Comunicar a nutricionista no caso de prescrição de dietas especiais;
- 4.6 Especificar no mapa de dietas quando o paciente estiver em jejum para exames e a hora da liberação da dieta;
- 4.7 Após a realização do exame, providenciar a dieta ao paciente.

4. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

6. ANEXOS:

- Somente o médico prescreve e libera a dieta para o paciente.

7. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

8. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Desinfecção de equipamentos		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 086	EMISSÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Manter a limpeza e higiene dos equipamentos e eliminar possíveis sujidades e focos de colonização de microorganismos;
- Prevenir a contaminação cruzada.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiro e Técnico em enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Luvas de procedimento;
- Surfic a 0,5%;
- Compressa de limpeza;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- Utilizar luvas e óculos de proteção;
- Realizar fricção com Surfic a 0,5% por 30 segundos;
- Realizar a limpeza em um sentido único;
- Realizar a desinfecção a cada 7 dias no setor inteiro, conforme escala que esta anexada no mural em cada setor;
- Mantenha sempre limpa e organizada suas bancadas e mesas.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;

- Risco físico.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

7. ANEXOS:

- O esfigmomanômetro deve sofrer limpeza sempre que apresentar sujeira visível ou desinfecção após contaminação com matéria orgânica e após o uso em pacientes em isolamentos.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Tratamento de pediculose		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 087	EMISSÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf. ^a Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf. ^a Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente e também evitar a propagação da pediculose.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Gazes e bolas de algodão;
- Cuba redonda com a solução indicada;
- Toalha grande e impermeável;
- Fita crepe;
- Pente fino;
- Luvas de procedimento;
- Biombo, se necessário;
- Saco plástico para resíduos;
- Tesouras;
- Solução prescrita;
- Luvas de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Orientar o paciente e acompanhante sobre o cuidado;
- 4.2 Preparar o ambiente com biombo, se necessário;
- 4.3 Organizar e levar o material, colocando-o na mesa de cabeceira;

- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01 e calçar luvas;
- 4.5 Colocar o impermeável sobre o travesseiro e sobre este a toalha;
- 4.6 Dividir o cabelo em partes e aplicar a solução com gaze, fazendo fricções no couro cabeludo e no final embeber os cabelos com a solução, massageando-os;
- 4.7 Prender o cabelo, amarrando a toalha ou lenço na cabeça, fixando-o com fita adesiva;
- 4.8 Deixar agir conforme a bula, mantendo o impermeável, para não molhar o travesseiro;
- 4.9 Enxaguar o cabelo após esse tempo;
- 4.10 Deixar o paciente confortável;
- 4.11 Providenciar a limpeza, deixando o ambiente em ordem;
- 4.12 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.13 Anotar o cuidado com o paciente;

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ROCH, Rosi Maria. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed., Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

FIGUEIREDO, T.I.C. **Pediculose**. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 20113. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bistream/10284/5527/1/PPG_19700.pdf. Acesso em 28/05/2017.

7. ANEXOS:

- Para evitar a propagação da pediculose, deixar o paciente em isolamento de contato, as gazes, o algodão, e as luvas usadas devem ser colocados no saco plástico de resíduos e incinerados. As roupas devem ser separadas e lavadas separadamente das dos outros pacientes;
- O pente deve ser higienizado com Surfic 0,5%;
- O tratamento deve ser feito preferencialmente à noite e a lavagem do cabelo na manhã seguinte. Se for feito durante o dia, lavar a cabeça entre duas ou três horas depois;
- Aplicar a solução nos cabelos secos;
- No caso de pediculose corporais ou pubianos é aconselhada a raspagem dos pelos;

- Durante a aplicação de soluções anti-parasitárias, deve-se tomar cuidado para não atingir os olhos do paciente e devido ao ciclo biológico do parasita, recomenda-se mais de uma aplicação do produto.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Remoção de lêmdeas		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 088	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente e também evitar a propagação dos pediculose.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Cuba com vinagre ou ácido acético a 5% (solução aquecida);
- Bolas de algodão;
- Pente fino;
- Toalha;
- Impermeável;
- Luvas de procedimento;
- Saco plástico para resíduos;
- Tesoura.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Orientar o paciente e acompanhante sobre o cuidado;
- 4.2 Preparar o ambiente com biombo, se necessário;
- 4.3 Organizar e levar o material, colocando-o na mesa de cabeceira;
- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01 e calçar luvas;
- 4.5 Colocar o paciente sentado na cama e proteger seus ombros com impermeável e a toalha;

- 4.6 Mergulhar as bolas de algodão no vinagre e passar ao longo do cabelo. O vinagre age sobre a cápsula gelatinosa da lêndea, soltando-a;
- 4.7 Passar pente fino no cabelo;
- 4.8 Proceder a lavagem do cabelo;
- 4.9 Deixar o paciente confortável;
- 4.10 Providenciar a limpeza, deixando o ambiente em ordem;
- 4.11 Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme POP n°01;
- 4.12 Anotar o cuidado com o paciente.

5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. Século XXI, Curitiba, 2005.

FIGUEIREDO, T.I.C. **Pediculose**. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 20113. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bistream/10284/5527/1/PPG_19700.pdf. Acesso em 28/05/2017.

7. ANEXOS:

- Aplicar o vinagre diariamente, até a remoção completa de todas as lêndeas.
- Lavar a cabeça com água e sabão ou shampoo, após cada aplicação, secando bem os cabelos.
- Passar diariamente um pente fino, para certificar-se da eficácia do tratamento, limpá-lo em Surfic 0,5%.
- Orientar o paciente sobre a pediculose e os cuidados para evitá-la e combatê-la.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Assistência de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar (RCP) Pediátrica		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 089	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar as informações transmitidas e cuidados prestados pela enfermagem aos pacientes na Reanimação Cardiopulmonar (RCP);

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Médicos, enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio (Ambú) tamanho pediátrico;
- Monitor cardíaco com desfibrilador, que deve permanecer com 5 eletrodos;
- Carrinho de emergência;
- Material de punção;
- Material para aspiração;
- Material de intubação;
- Oxigênio;
- Tábua rígida;
- EPI's: luvas de procedimento, óculos, avental, luvas estéreis;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**4.1 Reconhecer a Parada Cardiorrespiratória – PCR:**

- Verificar se a criança responde à estímulos (inconsciência);
- Ausência de respiração ou apenas gasping (respiração anormal);

- Ausência de pulso em 10 segundos, locais de verificação: braquial, femoral ou carotídeo, (Figura 1 e 2);
 - Verificar respiração e pulso simultaneamente em menos de 10 segundos.
- 4.2 Se estiver sozinho, chame por ajuda e inicie imediatamente a massagem cardíaca;
- 4.3 Massagem cardíaca:
- Em crianças menores de 1 ano de idade utilizar 2 dedos (Figura 3) ou os 2 polegares logo abaixo da linha mamilar (Figura 4);
 - Em crianças maiores de 1 ano e até a puberdade utilizar 1 mão (Figura 5).
- 4.4 A profundidade das compressões deve ser de 1/3 do tórax (4 ou 5cm); O tórax deve retornar totalmente após cada compressão.
- 4.5 Iniciar a ventilação positiva utilizando o dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio;
- 4.6 Se o paciente estiver SEM via aérea avançada: utilizar a relação de 15:2, quinze compressões e 2 ventilações.
- 4.7 Se o paciente já estiver COM via aérea avançada: realizar compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120/min, e administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min), sem pausar as compressões para administrar a ventilação.
- 4.8 É fundamental que a máscara esteja no tamanho adequado para o paciente, cobrindo da ponte nasal à fenda do queixo.
- 4.9 Deve-se posicionar corretamente a cabeça da criança fazendo uma extensão do pescoço, posicionar a máscara adequadamente no rosto do paciente para que não fique frouxa e assim ventilar o paciente de maneira eficiente, sempre observando a expansão do tórax.
- 4.10 Conecte o monitor, desfibrilador ou DEA;
- 4.11 Aproximar o carrinho de emergência ao paciente;
- 4.12 Colocar a prancha rígida embaixo do tórax do paciente, assim que disponível.
- 4.13 Puncionar acesso venoso calibroso e medicar conforme a prescrição médica.
- 4.14 Manter as seringas com as medicações identificadas;
- 4.15 Limite às interrupções das compressões torácicas a menos de 10 segundos.
- 4.16 Realizar rodízio entre os profissionais em relação às compressões e ventilações a cada 2 minutos;
- 4.17 Cronometrar o intervalo de administração das drogas (adrenalina) a cada 3 minutos e avisar ao médico;



Figura 1: local de verificação de pulso em menores de 1 ano.

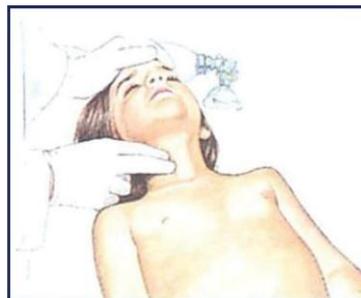


Figura 2: local de verificação de pulso em maiores de 1 ano



Figura 3: técnica 2 dedos.



Figura 4: técnica polegares.



Figura 5: técnica com uma mão.

4.18 Manter manobras de RCP, enquanto houver indicação médica, avaliando a cada 2 minutos o ritmo e o pulso carotídeo ou femoral;

4.19 Atentar para preparação de material de intubação orotraqueal;

4.20 Realizar cuidados pós-RCP:

- 4.20.1 Suporte de oxigênio quando não houver saturação de oxigênio igual ou superior a 94%;
- 4.20.2 Oferecer oxigênio suplementar aos pacientes com sinais clínicos de desconforto ou rebaixamento do nível de consciência e ponderar via aérea segura;
- 4.20.3 Nos pacientes com instabilidade, há indicação para uso de drogas vasoativas.
- 4.21 Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- 4.22 Retirar os EPI's;
- 4.23 Realizar anotações no prontuário eletrônico.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco de biológico;
- Risco ergonômico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

PALS. **Suporte Avançado de Vida em Pediatria**. Manual do Profissional PALS da American Heart Association e American Academy of Pediatrics. 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019**. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663.

7. ANEXOS:

- Minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões torácicas;
- Desconectar as fontes de oxigênio durante a desfibrilação;

- Interromper a RCP por menos de 10 segundos, apenas para IOT e checagem do posicionamento do dispositivo, e não para a laringoscopia;
- Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP testados, em boas condições de uso e em número adequado;
- Providenciar a troca dos equipamentos e/ou materiais em casos de falhas.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Curativo em ferida Operatória		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 090	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Bruna M. J. Ulrich	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Promover condições adequadas para a reparação tecidual, sem complicações.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Mesa de apoio com rodinhas;
- Bandeja;
- Kit de curativo ou luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Soro fisiológico;
- Agulha 40x12;
- Micropore;
- Saco plástico.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Reunir os materiais na bandeja e leva-los até o leito na mesa de apoio com rodinhas;
- 4.3 Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;

- 4.4 Promover privacidade do paciente com o uso de biombo e fechando a porta do quarto;
- 4.5 Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida;
- 4.6 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.7 Abra todos os materiais necessários e coloque no campo estéril;
- 4.8 Calce as luvas de procedimento;
- 4.9 Retire o curativo anterior delicadamente com uma pinça ou a luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior;
- 4.10 Descartar curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico. Descartar luva de procedimento utilizada na remoção do curativo;
- 4.11 Abrir kit curativo e calçar luva de procedimento, se não for utilizar kit abrir pacote de gaze e calçar luva estéril conforme POP nº 72;
- 4.12 Limpe a pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica e posteriormente limpe a ferida operatória, alternando as faces da gaze enquanto se faz a limpeza. Após o uso de cada face da gaze, deve descartá-la e utilizar uma nova;
- 4.13 Seque a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto;
- 4.14 Coloque as gazes sobre a ferida;
- 4.15 Fixe o curativo com micropore;
- 4.16 Higienize as mãos conforme POP nº01;
- 4.17 Realizar identificação do curativo, anotar data, hora, e profissional que realizou;
- 4.18 Deixar o paciente confortável, removendo todo o material e encaminhando-os ao expurgo;
- 4.19 Realizar desinfecção do carrinho de curativo com Surfic 0,5%.
- 4.11 Retirar as luvas, lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.12 Fazer as anotações no prontuário, relatando o aspecto da ferida.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH, J. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. O hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed.

Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

Sociedade Brasileira de infectologia (SIB). **Recomendações para Prevenção de Infecções**.

Associação Medica Brasileira de Medicina, 2001

SCEMONS, D. ELSTON, D. **Cuidados em feridas**. Porto Alegre: AMGH Editora Lta 2011.

7. ANEXOS:

- É recomendado que o primeiro curativo (PO-cirurgia limpa) permaneça por 24 horas, se não houver nenhuma contraindicação como por exemplo: presença de dreno, exsudato ou sangramento excessivo e saída acidental do curativo realizado no centro cirúrgico;
- Deve-se proteger o curativo durante o banho com plástico Impermeável, para não molhá-lo.
- A ferida operatória deve ser avaliada diariamente quanto à necessidade de oclusão, não sendo necessário ocluir quando as margens da ferida estão unidas e sem saída de exsudato.
- Deve-se observar e registrar a presença de sinais flogísticos, tais como calor, hiperemia, dor, edema, isquemia e presença de secreção.
- O curativo no dreno de Penrose deve ser isolado do curativo da ferida operatória, sempre que possível, e trocado todas as vezes que apresentar umidade. Se necessário, colocar bolsa coletora.
- O profissional que realizará o curativo deve ser definido entre a equipe médica ou enfermeiro, considerando a complexidade da ferida, sendo que se for feito por profissional do nível técnico, o procedimento deverá ser supervisionado pelo enfermeiro.
- A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme prescrição do enfermeiro ou médico.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

 <p>HOSPITAL CAROLINA LUPION JAGUARIAÍVA - PR</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Curativo em ferida aberta		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 091	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf.ª Bruna M. J. Ulrich	VERIFICADO POR: Enf.ª Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Promover condições adequadas para a reparação tecidual, sem complicações.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Mesa de apoio com rodinhas;
- Bandeja;
- Kit de curativo ou luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Soro fisiológico;
- Agulha 40x12;
- Micropore;
- Saco plástico.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Reunir os materiais na bandeja e leva-los até o leito na mesa de apoio com rodinhas;
- 4.3 Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;

- 4.4 Promover privacidade do paciente com o uso de biombo e fechando a porta do quarto;
- 4.5 Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida;
- 4.6 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.7 Abra todos os materiais necessários e coloque no campo estéril;
- 4.8 Calce as luvas de procedimento;
- 4.9 Retire o curativo anterior delicadamente com uma pinça ou a luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior;
- 4.10 Descartar curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico. Descartar luva de procedimento utilizada na remoção do curativo;
- 4.11 Abrir kit curativo e calçar luva de procedimento, se não for utilizar kit abrir pacote de gaze e calçar luva estéril conforme POP nº 72;
- 4.12 Limpe a ferida de acordo com a avaliação:
 5. Se presença de tecido de granulação:
 - Irrigue a lesão com solução fisiológica morna, em toda sua extensão;
 6. Se presença de tecido desvitalizado:
 - Irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril embebida de solução fisiológica morna exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis.
 7. Se presença de infecção:
 - Irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril e embebida em solução fisiológica (e antisséptico se houver indicação). Posteriormente remover todo o anti-séptico em solução fisiológica.
- 4.13 Seque a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto;
- 4.14 Coloque a cobertura primária prescrita sobre a lesão. Após coloque gaze estéril sobre a lesão (se lesão exsudativa, colocar chumaço acima da gaze);
- 4.15 Fixe o curativo com micropore ou enfaixe com atadura crepe,
- 4.16 Retirar os EPis utilizados e higienize as mãos conforme POP nº01:
- 4.17 Realizar identificação do curativo, anotar data, hora, e profissional que realizou,
- 4.18 Deixar o paciente confortável;
- 4.19 Recolha o material do quarto, mantendo o mesmo organizado;

4.20 Encaminhe o material para o expurgo, realizando o descarte e acondicionamento do material necessário.

4.21 Realizar desinfecção do carrinho de curativo com Surfic 0,5%;

4.22 Realize a evolução do procedimento realizado, descrevendo detalhadamente o aspecto da pele ao redor e o leito da ferida (coloração, exsudato, etc);

5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;
- Risco físico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH, J. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. O hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

Sociedade Brasileira de infectologia (SIB). **Recomendações para Prevenção de Infecções**. Associação Medica Brasileira de Medicina, 2001

SCEMONS, D. ELSTON, D. **Cuidados em feridas**. Porto Alegre: AMGH Editora Lta 2011.

7. ANEXOS:

- O profissional que realizará o curativo deve ser definido entre a equipe médica ou enfermeiro, considerando a complexidade da ferida, sendo que se for feito por profissional do nível técnico, o procedimento deverá ser supervisionado pelo enfermeiro.
- A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme prescrição do enfermeiro ou médico.
- Deve-se realizar avaliação periódica da ferida para acompanhamento de sua evolução;
- Não utilizar a lixeira do paciente para desprezar o material de curativo;
- Observar, comunicar e anotar se alteração na lesão, edema, hiperemia, isquemia, dor.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Realização de fototerapia em RN		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 092	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enf ^a . Maria Augusta Silveira	VERIFICADO POR: Enf ^a . Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf. ^a Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Estabelecer a sistemática para realização de fototerapia em recém-nascido.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiro e técnico de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Aparelho da fototerapia;
- Protetor ocular;
- Micropore;
- Tesoura.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Explicar para o acompanhante sobre o procedimento e os cuidados com a fototerapia;
- 4.3 Verificar existência de resíduos na pele do RN (creme, óleos e pomada), se tiver resíduos, retirá-lo no banho com água e sabão;
- 4.3 Despir o RN, deixando a fralda aberta, cobrindo apenas os genitais;
- 4.4 Proteger os olhos com protetor ocular fixado com micropore, verificar constantemente se está no lugar correto, evitando lesão nos olhos do RN;
- 4.5 Verificar os sinais vitais conforme POPs;
- 4.6 Mudar de decúbito a cada 03 horas no mínimo;

- 4.7 Deixar o aparelho de fototerapia a uma distância de 50 cm do RN;
- 4.8 Verificar constantemente a temperatura do RN;
- 4.9 Evitar retirar o RN da fototerapia, somente retirar para amamentar e/ou outros cuidados necessários.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco físico;
- Fator ergonômico.

6. REFERÊNCIAS:

- LAPLACA, V. D. et. Al. **Manual de Procedimentos em pediatria.** – Sao Caetano do Su, SP Yendis Editora, 2009.

7. ANEXOS:

- Trocar protetor ocular e fazer a higiene nos olhos a cada 24 horas;
- Não pode utilizar pomadas para assadura durante a fototerapia, devido ao risco de queimadura na pele do RN;

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Desinfecção de Fototerapia		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Enfermagem
POP Nº: 093	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 01/06/2023
ELABORADO POR: Enfª. Maria Augusta Silveira	VERIFICADO POR: Enfª. Helenice Freitas	APROVADO POR: Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

1. OBJETIVO:

- Manter os aparelhos limpos e higienizados, diminuindo o risco de infecção cruzada.

2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiro e técnico de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Balde;
- Sabão neutro;
- Compressas;
- Água;
- Surfic 0.5%;
- Luvas de procedimento.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Desligar a fototerapia da rede elétrica;
- 4.3 Calçar as luvas;
- 4.4 Retirar as lâmpadas com cuidado;
- 4.5 Umedecer compressa com água e sabão;
- 4.6 Limpar a toda a fototerapia com compressa umedecida (exceto lâmpada);
- 4.7 Enxaguar e Secar;

- 4.8 Passar Surfic 0.5% em todo aparelho de fototerapia;
- 4.9 Recolocar as lâmpadas;
- 4.10 Reunir material;
- 4.11 Descartar luvas de procedimento em local apropriado;
- 4.12 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.13 Identificar (data, hora, equipe) limpeza na fototerapia.

5. FATORES DE RISCO:

- Risco físico;
- Fator ergonômico.

6. REFERÊNCIAS:

- LAPLACA, V. D. et. Al. **Manual de Procedimentos em pediatria.** – Sao Caetano do Su, SP Yendis Editora, 2009.

7. ANEXOS:

- Testar radiância da lâmpada.
- Trocar as lâmpadas quando a radiância estiver abaixo de 6.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

ANEXOS DO POP DA PEDIATRIA

ANEXO 01

Este Protocolo, elaborado em 2011, foi revisado pela Equipe de CCIH deste Hospital para utilização e padronização das atividades a serem realizadas conforme sua respectiva área de atuação. Salientamos a aplicação destes procedimentos com o prazo máximo de 2 (dois) anos e/ou caso haja troca de funcionário responsável pela execução dos mesmos, bem como alteração das normas legais vigentes.

Mariana da Luz Carneiro
Gerente de Enfermagem - HMCL

Lidiane Maria da Silva
Enfermeira da CCIH - HMCL

Jaguariaíva, 01 de junho de 2023.