

CHAMADA PÚBLICA: SS-CH003/2023
CHAMAMENTO

- Manter uma distância de 5-8 cm acima das sobrelhas;
- Pressionar o botão de medição, após o “bip” a medição estará terminada e o valor será exibido no display;
- Repetir o procedimento se necessário;
- Verificar a temperatura e anotar;
- Deixar o cliente confortável; **81**
- Fazer assepsia do termômetro novamente, como descrito acima;

- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário;
- Observar os seguintes aspectos em relação à febre: início, intensidade, oscilação e evolução.

CUIDADOS

- Não utilizar os termômetros de mercúrio devido ao risco de exposição dos profissionais ou do ambiente ao mercúrio, em caso de quebra do mesmo. Utilizar apenas o digital.
- Para clientes em isolamento de contato é recomendado manter um termômetro exclusivo.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

VERIFICAÇÃO DO PESO CORPOREO

Código: 08E

Emissão:
XXXXXX

Revisão:
XXXXXX

Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

CONCEITO

Consiste na verificação do peso do paciente, através de medidas rápida, fácil e segura.

OBJETIVO

- Verificar o peso corporal do paciente.
- Orientar as técnicas adequadas para suas verificações;
- Avaliar o que significam as suas alterações;
- Fornecer informações de interesse diagnóstico e terapêutico; Permitir acompanhamento da evolução do estado do cliente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem;
Equipe médica.

MATERIAL

- Balança digital adulto e pediátrico;
- Material para anotação: caneta e papel.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO


- Certifique-se que a balança está calibrada;
- Explicar o procedimento para o paciente;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o paciente próxima à balança;
- Colocar um papel toalha na base da balança;
- Solicitar ao paciente para retirar os calçados;
- Auxiliar o paciente a subir na balança;
- Leia o valor apontado na balança;
- Registrar no prontuário ou em impresso próprio para SSVV.
- Auxiliar o paciente ao descer da balança e calçar os sapatos.
- Higienizar as mãos.

CUIDADOS

- Verificar a calibração da balança.
- Posicionar-se sempre próximo ao paciente, evitando riscos de quedas.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

 <p>INSTITUTO Rosa Branca</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 09E
	VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	Emissão: XXXXXX Revisão: XXXXXX Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Verificar os níveis de glicose no sangue por meio de fita reagente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.



INSTITUTO
Rosa Branca

Fis 550
4
Fica

MATERIAL

- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 bola de algodão embebido em álcool a 70%;
- Lanceta;
- 01 tira reagente;
- 01 aparelho de glicosímetro.

83

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Orientar ao paciente ou seu acompanhante quanto ao procedimento que será realizado; Calçar as luvas;
- Pressionar a área puncionada com algodão seco;
- Fazer anti-sepsia da polpa digital com o algodão embebido em álcool;

INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB
CNPJ: 10.962.062/0001-38

Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ
Contato: www.institutorosabranca.org - Tel.: 021 2533-1498



CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO


- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente no local indicado (Certificar-se que o lote da fita é o mesmo informado pelo aparelho);
- Puncionar (lancetar) a região lateral da polpa digital, aguardar até que se obtenha uma gota de sangue;
- Colocar a gota de sangue no local indicado na fita reagente;
- Fazer a leitura do valor da glicose no glicosímetro;
- Retirar as luvas;
- Desprezar a lanceta em caixa para perfuro cortante;
- Desprezar a tira reagente no lixo infectante;
- Lavar as mãos;
- Guardar os materiais utilizados em seus respectivos locais; Registrar o valor no prontuário.

CUIDADOS

- **Verificar a glicemia antes das refeições;**
- Não puncionar a região central da polpa digital devido à maior potencial para dor e para lesão das impressões digitais;
- Em bebês é recomendado perfurar a região plantar (mãos ou pés). Administrar insulina somente após a prescrição médica; Rodiziar as áreas de punção para verificação da glicemia.
- **HIPOGLICEMIA** – Glicemia inferior a 70 mg/dl. Sinais e sintomas: Tremores, fraqueza, sudorese, fome, palpitações, alterações visuais.
- **HIPERGLICEMIA** – Glicemia acima de 126 mg/dl (jejum). Sinais e sintomas – sede aumentada, poliúria, perda de peso, polifagia e cansaço excessivo.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 10E
	COLETA – URINA TIPO I	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Auxiliar no diagnóstico e no tratamento de patologias urinárias.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 tubo de coleta de urina;
- Comadre ou papagaio, se necessário;
- Etiquetas e identificação e caneta;
- Luvas de procedimento; □ Sabonete;
- Papel toalha.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Identificar o frasco de coleta com as iniciais do nome, etiqueta, data, horário;
- Puxe a cortina em torno do leito. Acompanhe a criança até o banheiro; □ Calce as luvas;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Remova a tampa do frasco estéril para a coleta de amostra e coloque a tampa com a parte interna voltada para cima sobre uma superfície limpa e de fácil acesso;
- Se um dos pais estiver ajudando ou a própria criança estiver fazendo a coleta, devem lavar as mãos e calçar as luvas;
- Limpe a abertura uretral da criança com água e sabão líquido, swab/gaze ou lenços antimicrobianos e descarte-os em um recipiente próximo. Deixe secar.
- Se possível, peça à criança que descarte o primeiro jato de urina no vaso sanitário ou na comadre. As amostras necessária para o exame de lactentes e crianças mais novas devem ser coletadas utilizando-se um saco coletor de urina.
- Deixe a criança urinar entre 10 e 20 ml de urina diretamente no frasco coletor estéril; a criança pode então terminar de urinar no vaso sanitário ou no coletor de urina.
- Coloque a tampa no frasco coletor. Evite tocar o interior da tampa ou do frasco. Limpe a parte externa do frasco.
- Ajude a criança a limpar a região do períneo depois de urinar, conforme a necessidade.
- Ajude a criança a retornar ao leito ou a outra atividade, após descartar as luvas e lavar as mãos.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Coloque uma etiqueta no frasco com a amostra.
- Encaminhar o pedido de exame juntamente com o material coletado ao laboratório em local apropriado;
- Descartar o material utilizado e os resíduos em recipiente apropriado.
- Remova as luvas e lave as mãos.
- Registrar no prontuário a anotação de enfermagem.


CUIDADOS

- Recomenda-se a coleta da primeira urina da manhã, por ser mais volumosa e concentrada;
- Para obtenção de amostras urinárias em crianças de pouca idade e lactentes, é indicado o uso de coletores apropriados.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 11E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamento via oral;
Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via oral;
Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- Copo descartável;
- Copo com água filtrada;
- Fita crepe ou etiqueta;
- Caneta;
- Bandeja;
- Se o medicamento em solução, utilizar seringa ou copo dosador.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Lavar as mãos;
 - Ler a prescrição médica;
 - Reunir o material necessário;
 - Fazer a identificação do medicamento contendo, nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário;
 - Colar a etiqueta de identificação no copo;
 - Colocar em uma bandeja o copo descartável contendo o medicamento com a identificação.
 - Se comprimido: retire da embalagem e coloque-o no copo sem tocá-lo. Cada medicamento deve ser colocado em copo individual;
 - Se solução, coloque a dose prescrita em um copo. Utilize seringa ou copo dosador. Cada medicamento deve ser colocado em seringa ou copo dosador individual.
 - Reunir o material em uma bandeja;
 - Levar o medicamento próximo ao leito do cliente;
 - Lavar as mãos;
 - Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
 - Posicionar o cliente com a cabeceira elevada (45° a 90°), em uma posição favorável à deglutição;
-
- Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente, evitando que outro cliente a tome por engano e garantindo que a medicação seja tomada;
 - Oferecer a medicação ao cliente;
 - Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;
 - Permanecer ao lado do cliente até que o medicamento seja deglutido;
 - Deixar o cliente em posição confortável;
 - Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
 - Higienizar as mãos;
 - Checar a prescrição médica;
 - Registrar no prontuário as anotações de enfermagem.

CUIDADOS

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo cliente após a administração do medicamento.


Medicamento prescrito como "se dor", "se náusea e vômitos", "se febre" e outros, comunique o enfermeiro o sintoma identificado, conforme a necessidade da administração, administre, cheque na prescrição e justifique na anotação de enfermagem.

Quando em uso de suspensões, deve-se fazer a agitação, para garantir a distribuição uniforme do medicamento na solução.

Em prescrição de cápsulas, com dosagens diferentes das padronizadas na farmácia, lembre-se que elas não devem ser abertas.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 <p>INSTITUTO Rosa Branca</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 12E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL	Emissão: XXXXXX Revisão: XXXXXX Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Preparar e administrar medicamento via sublingual;
Promover terapêutica medicamentosa nos casos de maior rapidez na absorção do medicamento, em comparação com a via oral;
Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via intravenosa;
Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- Copo descartável;
- Fita crepe ou etiqueta;
- Caneta;
- Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
 - Verificar a prescrição médica;
 - Reunir o material necessário;
 - Fazer a identificação do medicamento contendo, nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário;
 - Cole a etiqueta de identificação no copo;
 - Colocar em uma bandeja o copo descartável contendo o medicamento com a identificação.
 - Retire o comprimido da embalagem e coloque-o no copo sem tocá-lo. Cada medicamento deve ser colocado em copo individual;
 - Reúna o material em uma bandeja;
 - Levar o medicamento próximo ao leito do cliente;
 - Lavar as mãos;
 - Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
 - Solicitar ao cliente que coloque a medicação abaixo da língua, orientando-o para mantê-la até a completa dissolução;
 - Se o cliente estiver impossibilitado, auxiliá-lo ou executar o procedimento;
-
- Nunca deixar o medicamento sobre a mesinha de cabeceira;
 - Desprezar o material descartável;
 - Manter a unidade do cliente em ordem;
 - Lavar as mãos;
 - Checar a prescrição médica;
 - Registrar no prontuário as anotações de enfermagem.

CUIDADOS

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo cliente após a administração do medicamento.


Medicamento prescrito como “se dor”, “se náusea e vômitos”, “se febre” e outros, comunique o enfermeiro o sintoma identificado, conforme a necessidade da administração, administre, cheque na prescrição e justifique na anotação de enfermagem.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023

CHAMAMENTO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 13E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamentos por via nasal;
Aliviar a congestão nasal;
Facilitar a drenagem de secreções; Permitir respiração eficiente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 frasco de medicação prescrita;
- 01 conta-gotas;
- Toalha ou papel-toalha descartável; □ 01 par de luvas de procedimento; □ Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e conferir prescrição médica;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Se necessário, faça higiene nasal com gaze embebida em solução fisiológica;
- Posicionar o cliente em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás;
- Retirar com o conta-gotas a dosagem da medicação prescrita;
- Instilar a medicação na parte superior da cavidade nasal, procurando não encostar o conta-gotas na mucosa;
- Continuar com a cabeça inclinada para trás por alguns segundos;
- Voltar à posição normal, se o cliente estiver lícido, solicitar que inspire profundamente por 2 a 3 vezes;
- Recolher o material utilizado;
- Descartar as luvas e lavar as mãos;
- Registrar as anotações de enfermagem no prontuário de enfermagem.

CUIDADOS

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO


- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro e anote no prontuário o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.

CHAMADA PÚBLICA SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Quando em uso de conta-gotas, após a aplicação do medicamento prescrito, não devolva o excedente ao frasco.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 14E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA	Emissão: XXXXXX Revisão: XXXXXX Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamentos por via subcutânea.
Esta via é normalmente escolhida para drogas que se processam por meio de absorção lenta e contínua.
É indicada para insulinas e medicamentos anticoagulantes como heparina.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 Seringa de 1ml graduada;
- 01 Agulha 13x4,5;
- Medicação prescrita;
- Fita adesiva;
- Bolas de algodão;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento; Bandeja; Biombo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e conferir a medicação prescrita;
- Observar no preparo do medicamento a dose correta e técnica asséptica;

- Verificar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e agulha;
- Colocar a agulha na seringa com cuidado, evitando contaminá-la;
- Fazer assepsia no "gargalo da ampola" com algodão embebido em álcool 70%;
- Proteger os dedos com algodão embebido com álcool para quebrar o gargalo da ampola;
- Aspirar à solução da ampola para a seringa até atingir a dose prescrita;
- Expelir o ar que penetrou no interior da seringa;
- Identificar o medicamento preparado com o nome do cliente, número do leito, nome da medicação, via de administração e horário;
- Deixar o local de preparo de medicação em ordem, utilizando álcool 70% para fazer assepsia da bancada;
- Utilizar bandeja ou carrinho de medicação devidamente limpos com álcool 70%;
- Verificar o nome do cliente e esclarecer o medicamento que irá receber;
- Escolher a região adequada para aplicação (**Observar Figura 1**);
- Colocar o cliente em posição confortável, conforme região escolhida;
- Fazer anti-sepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool 70%;
- Desprezar o algodão, colocando outro algodão limpo e seco em uma das mãos;
- Fazer uma prega no tecido subcutâneo, na região escolhida;
- Com a outra mão, introduzir a agulha em ângulo de 90 graus e antes de injetar o produto, puxar o êmbolo da seringa para trás, para verificar se não atingiu vaso sanguíneo, caso isso ocorra, mudar o local de aplicação;
- Injetar o medicamento lentamente;
- Retirar a agulha com movimento rápido e único;
- Pressionar o local da injeção com o algodão, não massagear;
- Colocar o cliente em posição confortável e deixar a unidade em ordem;
- Desprezar a seringa juntamente com a agulha em recipiente para perfuro-cortantes e o material contaminado em lixo apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- As medicações devem ser prescritas pelo médico e checadas pelo profissional de enfermagem que fez as aplicações, coma a hora da realização.

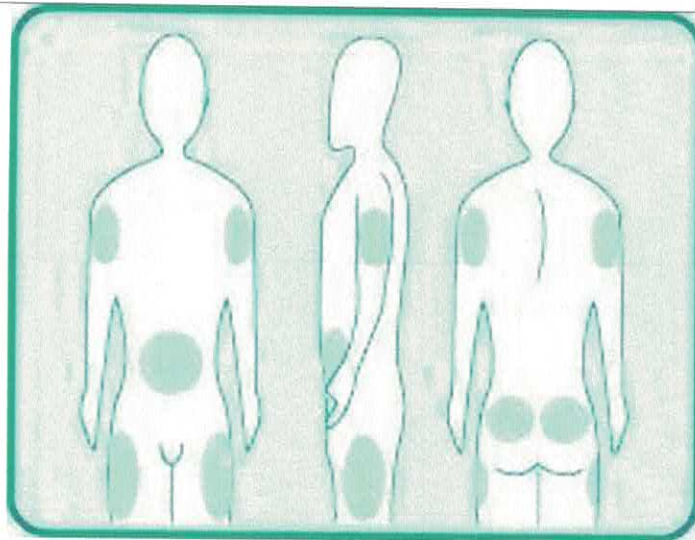


Figura 1. Locais para aplicação subcutânea
CUIDADOS

- Não deve ser feita em áreas hiperemiadas, cicatrizes, inflamações, hérnias, feridas cirúrgicas ou em escoriações.
 - Caso a aplicação seja com agulha 25x7 utilizar ângulo de 45 graus;
 - Os locais de aplicação devem ser alternados, sendo: face externa superior do braço, região do deltoide, face externa e anterior da coxa, região abdominal e glútea;
 - Certifique-se de que o tipo de insulina, a quantidade de unidades e a seringa estão corretas;
 - Antes de aspirar uma suspensão de insulina, gire e inverta delicadamente o frasco. Não sacudir o frasco, porque esse procedimento pode causar o aparecimento de espuma ou bolhas no interior da seringa;
 - Medicamentos subcutâneos não são diluídas;
 - Ao administrar heparina não se deve verificar retorno venoso, nem massagear o local, pois esta técnica pode provocar hemorragias teciduais localizadas;
 - É recomendável que se estabeleça o rodízio dos locais de injeção, para evitar complicações como abscessos estéreis, lipodistrofia, etc.;
 - **Atenção:** os frascos de insulinas depois de aberto **devem ser refrigerados, e podem ser utilizados até a validade indicada no frasco.**
 - Respeitar o volume de solução preconizada – **até 1 ml.**
 - Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
 - Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
 - Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
 - Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
 - Verifique a quantidade do medicamento a ser administrada para determinar o tamanho da seringa e sua adequação para a criança. Limite o volume de acordo com a idade da criança e o tamanho do músculo utilizado.
- Escolha o tamanho da agulha para o local e tamanho do músculo.
 - Selecione o calibre baseado naquilo que está disponível para o comprimento apropriado da agulha para a criança e a viscosidade do medicamento.
 - Avaliar a massa muscular da criança e escolha o local mais adequado.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.



CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB
CNPJ: 10.962.062/0001-38

Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ
Contato: www.institutorosabranca.org - Tel.: 021 2533-1498



[Handwritten signatures and initials]

CHAMADA PÚBLICA: SS-CH003/2023
CHAMAMENTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO



**PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO
VIA INTRAMUSCULAR**

Código: 15E

Emissão:
XXXXXX

Revisão:
XXXXXX

Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamento via intramuscular;
Oferecer terapia de ação rápida quando o cliente está impossibilitado de deglutir ou as
medicações são irritantes ou inabsorvíveis pelo tubo digestivo; Quando existe dificuldade em
acesso venoso.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 Seringa compatível com a medicação a ser administrada;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Agulha 25x7 ou 30x7;
- Medicamento prescrito;
- Bolas de algodão;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Fita microporosa;
- Bandeja;
- Caneta;
- Fita crepe ou etiqueta; Biombo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO



INSTITUTO ROSA
Folhas

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e conferir a medicação prescrita;
- **Conferir o nome do paciente;**
- **Observar no preparo do medicamento a dose correta, técnica asséptica e diluição, em caso de frasco-ampola;**
- Verificar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e agulha;
- Colocar a agulha na seringa com cuidado, evitando contaminá-la;
- Fazer assepsia no "gargalo da ampola" com algodão embebido em álcool 70% e no caso de frasco-ampola, levantar a tampa metálica e fazer assepsia da borracha;
- Proteger os dedos com algodão embebido com álcool para quebrar o gargalo da ampola ou retirar a tampa metálica do frasco - ampola;
- Aspirar a solução da ampola para a seringa, no caso de frasco ampola, introduzir o diluente e homogeneizar o pó com o líquido através de movimentos circulatorios lento sem sacudir;

- Expelir o ar que penetrou no interior da seringa;
- Proteger a agulha com o protetor próprio e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro;
- Identificar o medicamento preparado com o nome do cliente, número do leito, nome da medicação, via de administração e horário, usando a fita adesiva;
- Deixar o local de preparo de medicação em ordem, utilizando álcool 70% para fazer assepsia da bancada;
- Utilizar bandeja ou carrinho de medicação devidamente limpos com álcool 70%;
- Dirigir-se ao leito do cliente e colocar a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;
- Verificar o nome do cliente e esclarecer o medicamento que irá receber, quando lúcido; □
Calçar luvas;
- Orientar o cliente para manter uma posição que auxilie o relaxamento do músculo onde será feita a aplicação, evitando o extravasamento e minimizando a dor;
- Fazer anti-sepsia da pele, com algodão embebido em álcool 70%. **Nos adultos, é recomendado aplicar no quadrante superior externo das nádegas, nos lactentes e crianças até 03 anos, utilizar a face lateral externa da coxa.**
- Realizar a aplicação no local programado, mantendo o músculo com firmeza, num ângulo de 90 graus;
- **Antes de administrar a solução, puxar o êmbolo da seringa para trás, a fim de verificar se a agulha não atingiu nenhum vaso sanguíneo. Se aparecer sangue na seringa, retirar a agulha e injetar em outro local e repetir a operação;**
- Administrar a solução lentamente;
- Retirar a agulha e seringa em movimento único;
- Fazer pressão no local da administração, com algodão seco;
- Colocar o cliente em posição confortável e deixar a unidade em ordem;
- Desprezar a seringa juntamente com a agulha em recipientes para perfuro-cortantes e o material contaminado em lixo apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- As medicações devem ser prescritas pelo médico e checadas pelo profissional de enfermagem que fez as aplicações, com a hora da realização.

CUIDADOS

Atentar-se para o volume máximo a ser administrado por via intramuscular:

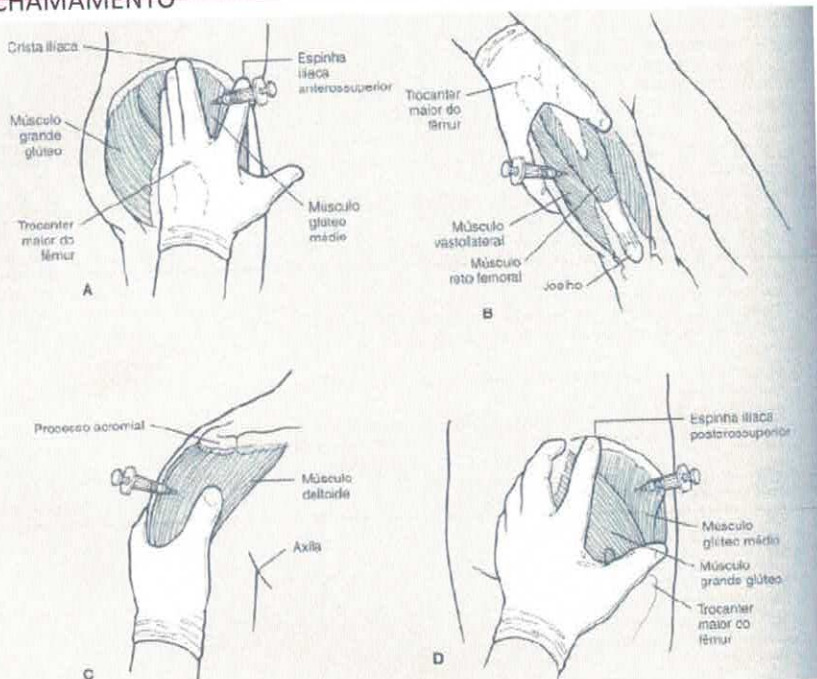
- Neonatos – vasto lateral – até 0,5 ml;
- Lactentes – vasto lateral – até 1,0 ml;
- Crianças de 03 a 06 anos – quadrante superior externo de glúteo – até 1,5 ml;
- 06 a 14 anos – quadrante superior externo de glúteo – até 2,0 ml;
- Adolescentes - quadrante superior externo de glúteo – até 2,5 ml;
- Adulto - quadrante superior externo de glúteo – até 4,0 ml.

Atenção:

- Crianças com menos de 7 meses – Vasto lateral. O vasto lateral é um músculo relativamente grande em lactentes, livre de grandes vasos sanguíneos e nervos.
- Crianças maiores de 7 meses – Ventroglúteo. O músculo ventroglúteo tem uma camada bastante consistente de tecido adiposo e está livre de nervos e grandes vasos sanguíneos.
- Evitar áreas de integridade tecidual prejudicada, previne lesão tecidual adicional ou potencial perda do medicamento.
- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
- Se o medicamento se apresentar em pó liofilizado, faça a reconstituição com o diluente recomendado.
- O volume máximo recomendado do medicamento que pode ser administrado pela via intramuscular é de 4 ml (em indivíduos adultos).
- Verifique a quantidade do medicamento a ser administrada para determinar o tamanho da seringa e sua adequação para a criança. Limite o volume de acordo com a idade da criança e o tamanho do músculo utilizado.
- Escolha o tamanho da agulha para o local e tamanho do músculo.
- Selecione o calibre baseado naquilo que está disponível para o comprimento apropriado da agulha para a criança e a viscosidade do medicamento.
- Avaliar a massa muscular da criança e escolha o local mais adequado.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023

CHAMAMENTO



- (A) **Ventroglúteo** - Coloque seu dedo indicador na coluna ilíaca anterossuperior, o dedo médio na crista ilíaca superior e sua palma no trocânter maior (use a mão direita para o quadril esquerdo da criança e vice-versa). Injete no centro do "V" formado pelos dedos indicador e médio.
- (B) **Vasto lateral** - Identifique o terço médio do fêmur. Em seguida, identifique a área entre as duas linhas imaginárias desenhadas a partir do trocânter maior até o joelho - uma linha mesoanteriormente e uma mesolateralmente. O local da injeção fica entre as linhas no terço médio da coxa anterior mesolateral.
- (C) **Deltoide** - Identifique o local dois dedos abaixo do processo acromial e imediatamente acima da axila. Administre no terço superior do músculo deltoide.
- (D) **Dorsoglúteo** - Não recomendado em crianças com menos de 5 anos de idade ou naquelas com massa muscular insuficiente. Coloque a criança em decúbito ventral e peça que aponte os dedos dos pés para dentro. Desenhe uma linha imaginária entre a coluna ilíaca posterosuperior e o trocânter maior. Administre na região externa superior acima dessa linha no músculo glúteo médio.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 15E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL



OBJETIVO

Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via intravenosa;
Preparar e administrar medicamento via intravenosa;
Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Medicamento prescrito;
- Solução para reconstituição/diluição;
- Seringa (tamanho de acordo com o volume da solução);
- Agulha 40x12 (para aspirar medicação);
- Agulha 25x7 ou 25x8 (para administrar medicação);
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Fita microporosa;
- Se necessário, equipo, bureta, bomba de infusão, tampinha para equipo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos;
- Separar o medicamento, e se necessário o diluente;

99

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Reunir o material para preparo em uma bandeja;
- Separar o frasco ou ampola e faça a desinfecção da superfície de abertura com algodão embebido em álcool 70%.
- Conectar a agulha à seringa (se medicamento em frasco pronto para uso, conecte ao equipo e retire o ar).
- Retirar o ar da seringa ou equipo.
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento na seringa ou frasco da solução;
- Reunir o material para administração em uma bandeja;
- Higienizar as mãos;
- Explicar a criança e ao familiar o procedimento que será realizado;
- Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento e exponha a área com o dispositivo venoso;
- Observar a área exposta quanto a integridade da pele e condições do dispositivo venoso.
- Higienizar as mãos;
- Proceder a colocação do garrote para visualização da veia a ser puncionada;**
- Após a escolha da veia, retirar o garrote.
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer antisepsia do local a ser puncionado, com algodão embebido em álcool 70% em sentido único, sempre da área menos contaminada para a mais contaminada.
- Introduzir o cateter sentido ao acesso venoso, com bisel voltado para cima, em ângulo de 15°.
- Após a punção, realizar a fixação do cateter com fita microporosa. Retirar as luvas.
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material utilizado;
- Descartar em recipiente apropriado.
-
-
-

CUIDADOS

100

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
- Se o medicamento se apresentar em pó liofilizado, faça a reconstituição com o diluente recomendado.
- Verifique a quantidade do medicamento a ser administrada para determinar o tamanho da seringa e sua adequação para a criança. Limite o volume de acordo com a idade da criança e o tamanho do músculo utilizado.
- Escolha o tamanho da agulha para o local e tamanho do músculo.
- Selecione o calibre baseado naquilo que está disponível para o comprimento apropriado da agulha para a criança e a viscosidade do medicamento.


- Se houver sinal de flebite, hematoma, infiltração, extravasamento, dor ou qualquer outra anormalidade, interrompa a administração, retire o dispositivo e puncione novo acesso venoso.
- A fixação do cateter deve possibilitar a visualização do local da inserção.

Permeabilidade:

- Flushes de SF 0,9% em pressão positiva, sendo: Crianças – 5 ml
- Em situações: Interrompida a terapia IV e entre a aplicação de um medicamento e outro, para impedir a interação medicamentosa.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 <p>INSTITUTO Rosa Branca</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 16E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA RETAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamento via retal;
Estimular o peristaltismo intestinal;
Aliviar a dor e eliminar muco e fezes.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- 01 Pacote de gases;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- Biombo;
- Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO


- Lavar as mãos;
 - Reunir o material necessário e conferir prescrição médica;
 - Dirigir-se ao leito do cliente;
 - Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
 - Proteger o leito do cliente com o uso de biombos; Calçar as luvas;
-
- Abrir o invólucro do supositório e colocá-lo sobre a gaze;
 - Evitar pegar o medicamento diretamente com as mãos;
 - Acomodar o cliente em posição de sims;
 - Afastar os glúteos;
 - Introduzir o supositório no reto e pedir para que o cliente o retenha;
 - Acomodar o cliente em posição confortável;
 - Encaminhar o material utilizado para o expurgo e desprezar o material descartável;
 - Retirar as luvas e descartá-las em local apropriado;
 - Lavar as mãos;
 - Checar a folha de prescrição médica;
 - Registrar as anotações de enfermagem, em prontuário.

CUIDADOS

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
- **Anotar as características do líquido retornado, cor, odor, aspecto e quantidade;**
- **Antes de introduzir o supositório, deve-se avaliar a região anal para garantir a integridade.**

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 17E
	CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉREIS	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Proporcionar condições para realização de técnicas assépticas, além de permitir a proteção individual.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

01 par de luvas estéreis



DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Remover anéis, alianças, pulseiras e relógios das mãos;
- Lavar as mãos;
- Utilizar luvas de número compatível com o tamanho das mãos;
- Abrir a embalagem contendo o par de luvas, de acordo com os princípios de assepsia, de modo que as luvas fiquem expostas e viradas em sua direção;
- Segurar uma das luvas pela dobra do punho, expondo abertura da mesma e calçá-la na outra mão;
- Com a mão enluvada, introduzir os dedos (exceto o polegar) no interior da dobra do punho da outra luva;
- Expor a abertura da mesma;
- Unir os dedos da outra mão, sendo que, a palma da mão deve estar voltada para cima;
- Introduzir a outra mão na abertura apresentada e calcá-la totalmente até o punho;
- Estando as duas mãos enluvadas, posicionar corretamente os dedos, ajustando-os nas luvas.

PARA RETIRAR LUVAS

- Descalçar as luvas sem deixá-las entrar em contato com a pele;
- Segurar com os dedos da mão menos contaminada a face externa do punho da luva da outra mão;
- Puxar a luva com delicadeza e retirá-la. Ela praticamente ficará do avesso;
- Introduzir os dedos da mão desenluvada na face interna do punho da luva da outra mão, retirando completamente;
- Desprezar as luvas em local apropriado (lixo contaminado branco);



☐ Lavar as mãos.



Figura 1: Procedimento de Calçar e Descalçar as Luvas Esteréis

CUIDADOS


- Após o uso, as luvas tornam-se contaminadas; -
- Não lavar mãos enluvasadas.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

[Assinatura]
INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 121

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 18E
	ASSISTÊNCIA NA ELIMINAÇÃO DE VÔMITO	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Auxiliar o cliente e proporcionar conforto.

COMPETÊNCIA

Auxiliares de enfermagem

MATERIAL


- Biombos;
- Toalha;
- Recipiente (bacia, balde ou cuba rim); □ Luva de procedimento;
- Material para higiene oral.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levar no quarto do cliente;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Proporcionar privacidade ao cliente com o auxílio de biombos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Manter o cliente em decúbito lateral, com a cabeça levemente inclinada;
- Auxiliar o cliente, oferecer toalha e um recipiente;
- Observar característica (tipo de vômito, frequência, conteúdo, presença de sangue vivo ou não, quantidade, dor, náuseas);
- Manter o ambiente bem ventilado;
- Após o término, oferecer material para higiene oral;
- Retirar os lençóis e materiais sujos e providenciar a higienização;
- Depositar os lençóis em saco plástico identificando no exterior qual o tipo de secreção existente e colocar o mesmo no hamper;
- Tomar medidas que impeçam o estímulo de vômito;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Comunicar o enfermeiro;
- Registrar no prontuário as anotações de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 19E
	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – TROCA DE FRALDAS RN	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Promover higiene e proteção da pele para profilaxia de infecções, proporcionar conforto e bemestar do RN/ criança.

COMPETÊNCIA

Auxiliares de enfermagem

MATERIAL

- Fralda adequada ao tamanho do RN/ criança;
- Luvas de procedimento não estéril;
- Algodão, pano ou lenços umedecidos (não alergênico e sem cheiro); Toalha.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Higienize as mãos;
- Calçar luvas;
- Posicionar o lactente/criança, em superfície limpa e firme.
- Retirar a fralda suja;
- Realizar a higienização do períneo, com pano ou algodão umedecidos em água morna;
- Observe a área perineal do lactente/criança à procura de hiperemia, erupção ou escoriação;
- Limpe a área do coto umbilical do recém nascido com água e sabão. Observe o umbigo à procura de hiperemia ou drenagem. Levante o coto umbilical e limpe a base; não umedeça o coto umbilical. Enxágue e seque a área. Deixe o local aberto, não aplique álcool ou antibióticos no coto umbilical;
- Coloque uma nova fralda, dobrando a parte da frente para evitar irritação do cordão umbilical. Dobre a parte plástica para fora.
- Jogue fora a fralda e os resíduos no recipiente adequado. Retire as luvas e lave as mãos.
- Envolve o lactente/RN em um cobertor e coloque-o no berço com as grades laterais levantadas. Coloque a criança em uma posição segura no leito com as grades laterais elevadas.
- Anotar no prontuário o procedimento realizado.


CUIDADOS

- Não se afaste da criança durante o procedimento.
- No sexo feminino realizar a higiene no sentido da vagina para o ânus, evitando infecção urinária.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 20E
	ATENDIMENTO EM CRISE CONVULSIVA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Estabelecer procedimentos relativos ao atendimento de Enfermagem ao paciente com crise convulsiva.

COMPETÊNCIA

Equipe de enfermagem (Enfermeiros e Auxiliares); Equipe Médica.

MATERIAL

- Cateter de Oxigênio;
- Água destilada;
- Umidificador com extensão;
- Rede de gases;
- Luvas de Procedimento;
- Cânula de Guedel;
- Jelco (nº varia de acordo com o cliente);
- Polifix;
- Equipo macrogotas;
- SF 0,9% 250 ml;
- Glicosímetro;
- Tira de glicosímetro;
- Lanceta para glicosímetro.

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Acomodar o cliente na sala de emergência;
- Acionar o plantonista médico da unidade;
- Calçar luvas de procedimento e EPIS;
- Retirar adornos e próteses dentárias;
- Colocar cânula de guedel, com a finalidade de facilitar a aspiração e prevenir trauma oral; Realizar controle de SSVV;
- Realizar teste de glicemia capilar;
- Instalar cateter de O2 com umidificador seguindo a prescrição médica; Manter a monitorização do paciente;



sala;
realizar punção venosa com Jelco/abocath com o calibre adequado para o perfil do cliente;
prescrição medica;
o a 45°;
sso próprio e realizar a anotação de enfermagem sobre os cuidados prestados.

CUIDADOS

- Atentar-se para novos episódios de crise convulsiva;
- Ações adversas ao anticonvulsivante;
- Aspirar vias aéreas e cavidade oral sempre que necessário;
- Anotar hora do início e duração da crise convulsiva.




Figura 1 : Atendimento básico a Crise Convulsiva

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

ou o médico em caso de intercorrências

INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 127

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 21E
	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária e coleta de material para exames.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros.

MATERIAL

- Biombo,
- Bandeja,
- Luva estéril,
- Luva de procedimento,
- Bolas de algodão estéril ou gaze estéril,
- Lidocaína gel 2%,
- Cateter uretral de acordo com a idade da criança e doença (nº 6 a 12), Kit cateterismo
- Solução tópica ou aquosa de clorexidina a 0,2%,
- Cálice graduado ou saco coletor graduado, Solução degermante de clorexidina a 2%,
- Saco plástico para resíduos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023

CHAMAMENTO

- Confirme a criança e o procedimento a ser realizado.
 - Explique o procedimento ao paciente/acompanhante.
 - Reúna o material e leve ao quarto da criança.
 - Posicione o biombo e feche a porta do quarto.
 - Higienize as mãos.
 - Calce as luvas de procedimento.
 - Posicione a criança.
 - Realize a higiene íntima com solução de clorexidina degermante a 2%.
 - Retire o material utilizado na higiene íntima.
 - Retire as luvas e higienize as mãos.
 - Abra o kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente, deixando uma das pontas do campo estéril próxima à região glútea, usando técnica estéril.
 - Coloque a clorexidina tópica ou aquosa a 0,2% no algodão/gazes.
 - Abra o material descartável sobre o campo estéril e coloque a lidocaína gel na cúpula do kit cateterismo.
 - Calce as luvas estéreis
 - Visibilize o meato uretral.
-
- Faça a antisepsia do meato uretral, com clorexidina tópica ou aquosa a 0,2%, trocando o algodão/gaze em cada etapa.
 - O uso do lubrificante (quantidade e forma de aplicação) deve ser definido pelo enfermeiro ou médico com base no sexo, idade, tamanho da criança e deformidades. No sexo feminino lubrifique a ponta do cateter urinário com a lidocaína gel 2%. No sexo masculino deve-se instilar a lidocaína na uretra.
 - Introduza delicadamente o cateter na uretra, prosseguindo até a drenagem de urina.
 - Em cateterismo de alívio por retenção, mantenha o cateter drenando a urina na cuba rim. Para coleta de exames, despreze aproximadamente 5mL de urina e colete o material em frasco apropriado.
 - Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente o cateter, realize higiene para remoção de resíduo do antisséptico e seque a região com algodão/gaze.
 - Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em saco de lixo auxiliar e deixe a urina na cuba em local seguro para evitar derramamento.
 - Calce as luvas de procedimento.
 - Auxilie a criança a se vestir e/ou coloque a fralda descartável.
 - Deixe a criança confortável.
 - Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
 - Encaminhe o material para o expurgo e descarte em lixo infectante.
 - Meça o volume urinário no cálice ou saco plástico graduado.
 - Despreze a urina.
 - Retire as luvas, higienize as mãos e calce novas luvas de procedimento.
 - Lave a bandeja e o cálice graduado com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%.
 - Retire as luvas de procedimento e higienize as mãos.
 - Cheque na prescrição médica. Anote o procedimento registrando a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina.


CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

CUIDADOS

- Se houver resistência na introdução do cateter, interrompa o procedimento e comunique ao médico para conduta.
- O tamanho do cateter uretral deve ser avaliado conforme o meato uretral da criança priorizando o menor calibre possível.
- Os cateteres mais utilizados em crianças são: nº 6 a 10.
- O anestésico para a lubrificação do cateter deve ser estéril e de uso único.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 22E
	ELETROCARDIOGRAMA - ECG	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Registrar atividade eletrofisiológica do coração

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Eletrodos;
- Aparelho de ECG;
- Álcool 70%;
- Gel condutor;
- Gaze;
- Micropore.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

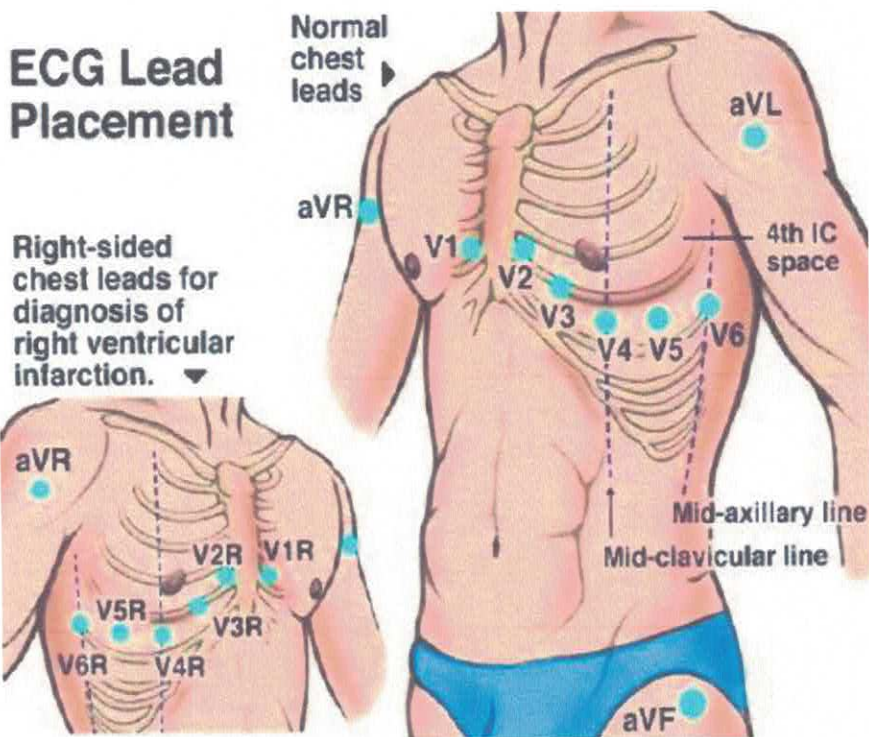
CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- Reunir todo o material e deixar próximo ao leito do RN/ criança;
 - Posicionar confortavelmente o RN/ criança em decúbito dorsal e acalmá-lo antes do procedimento;
 - Lavar as mãos;
 - Explicar o procedimento ao cliente;
 - Expor o tórax e os membros inferiores e superiores do cliente;
 - Manter a privacidade do cliente;
 - Pedir para o cliente, se possível, permanecer tranquilo, sem conversar e evitar movimentações durante a realização do exame;
 - Posicionar as derivações periféricas e precordiais de acordo com as instruções abaixo;
 - Posicionar os eletrodos no tórax do cliente;
 - Utilizar o gel condutor para posicionar as pás nos membros inferiores e superiores do cliente;
 - Ligar o aparelho de ECG (eletrocardiógrafo);
 - Colocar o papel milimetrado ou bobina adequadamente no aparelho;
 - Prosseguir o exame;
 - Finalizar o exame;
 - Remover com papel toalha o gel condutor dos membros do cliente;
 - Orientar e auxiliar o cliente a se vestir e cobrir as partes expostas para a realização do exame;
 - Observar reações do cliente;
 - Anotar no ECG, nome completo do cliente, data e hora;
- Encaminhar o exame o mais rápido possível para o médico avaliar e seguir conduta; Deixar a sala em ordem;
 - Trocar o lençol da maca sempre que necessário;
 - Registrar anotação de enfermagem em prontuário.

Derivações precordiais

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- **V1** – Localiza-se no quarto espaço intercostal à direita do coração e à direita do esterno;
- **V2** – Localiza-se no quarto espaço intercostal à direita do coração e à esquerda do esterno;
- **V3** – Linha média entre V2 e V4;
- **V4** – Localiza-se no quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular.
- **V5** – Linha axilar anterior, no 5º espaço intercostal E;
- **V6** – Linha axilar média, no 5º espaço intercostal E;



Derivações Periféricas – Membros Superiores e Inferiores

- Punho esquerdo (L) - AMARELO
- Tornozelo esquerdo (F) - VERDE
- Punho direito (R) - VERMELHO
- Tornozelo direito - PRETO



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
OXIGENOTERAPIA POR MASCARA DE INALAÇÃO

Código: 23E

[Handwritten signatures]

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Emissão:
XXXXXX
Revisão:
XXXXXX
Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Promover terapia medicamentosa adequada;
Fluidificar secreções;
Oferecer aporte de oxigênio.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Máscara inalatória desinfetada ou esterilizada;
- Extensões para ar comprimido ou oxigênio;
- Rede de oxigênio ou ar comprimido;
- Fluxômetro calibrado;
- Soro fisiológico ou água destilada, conforme prescrição médica.
- Medicamento, conforme prescrição médica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber o cliente cordialmente e acomodá-lo de forma confortável nas cadeiras disponíveis na sala;
- Lavar as mãos;
- Checar o nome do paciente;
- Reunir material (inalador, medicação e/ou soro, extensão ligada em fonte de ar comprimido ou de oxigênio)
- Preparar as medicações (inalação) de forma asséptica;
- Conectar o fluxômetro de ar comprimido e oxigênio adequadamente e testar o funcionamento do sistema;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento e medicamento que será realizado;
- Orientar o cliente, quando possível, para que o mesmo inspire profundamente durante a inalação;
- Observar reações do cliente;
- Realizar anotações de enfermagem em prontuário;
- Checar medicações na ficha de atendimento do cliente;
- Ao final do plantão, encaminhar as máscaras e extensões para a Central de Material e Esterilização (CME) na área suja;
- Passar plantão com a sala em ordem.

CUIDADOS

- Sempre que necessário higienizar as narinas do RN/criança com S.F. 0,9% antes de iniciar a inalação;
- Atentar-se para possíveis reações adversas durante a inalação.
- Avaliar lesões de pele e avaliar padrão respiratório do paciente.
- Observar uso de oxigênio, pois somente poderá ser administrado mediante prescrição médica.
- O fluxo de ar comprimido deve ser sempre de 5 a 6l/min.

Atenção:


- Bromidrato de Fenoterol – Berotec;
- Brometo de Ipatrópio – Atrovent;

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.



CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 24E
	RETIRADA DE PONTOS	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Tesoura de Íris
- Gazes (estéril)
- Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
- Luvas de Procedimento
- Soro Fisiológico 0,9%
- Avental

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO



Orientar o cliente sobre o procedimento;

Lavar as mãos

Preparar o material (Abrir pacote de retirada de pinto usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo)

Lavar as mãos

Expor a área

Realizar antissepsia do local de retirada dos pontos (Umedecer a gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza do

local, a partir da incisão cirúrgica (área menos contaminada); se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora);

Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante

Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;

Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo leitoso;

Fazer leve compressão no local com gaze seca

Desprezar o material utilizado em local apropriado

Retirar EPI e lavar as mãos

Registrar o procedimento no prontuário


CUIDADOS

Observar presença de sinais flogísticos comunicado o enfermeiro

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.



 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 25E
	CURATIVOS EM FERIDAS	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Preparação das lesões de modo que possa facilitar a avaliação detalhada da ferida com vista à diminuição de riscos de infecção proporcionando assim um melhor processo de cicatrização

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 1 pacote de curativo estéril
2. Luvas de procedimento ou estéril (exposição de tecidos nobres) depende da técnica a ser utilizada
3. Gazes estéreis
4. Esparadrapo ou Micropore
5. Soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%) morno de 125 ou 250 ml (aquecido em caixa de luz ou forno de micro-ondas exclusivo para essa finalidade)
6. Agulha 40x12
7. Coberturas padronizados pela SMS -SP **Acrescentar se necessário:**
 - a. 1 lâmina de bisturi nº 23 com cabo, tesoura estéril reta pequena
 - b. 1 faca ou cuba estéril
 - c. Ataduras de crepe
 - d. Chumaço de algodão estéril ou compressa estéril
 - e. Luvas estéreis e de procedimento

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Lavar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada
 Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
 Explicar ao cliente o que será realizado;
 Garantir a privacidade do cliente;
 Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
 Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
 Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
 Abrir a embalagem do SF a 0,9% (morno) e colocá-la sobre o campo estéril;
 Calçar as luvas



116

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;
Umedecer o micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada da cobertura secundária;
Remover o curativo primário;
Desprezar essas luvas;
Calçar novas luvas;
Realizar a limpeza da ferida;
Aplicar a cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão;
Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário; Retirar as luvas;
Lavar as mãos;
Anotar na ficha de enfermagem (evolução diária).
Orientar retorno do cliente, se necessário.


CUIDADOS

Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida
Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária
A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada
Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%
Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade
O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujeira de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.



 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 26E
	TESTE DE GRAVIDEZ URINÁRIO	Emissão: XXXXXX Revisão: XXXXXX Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Exame mais comumente feito com a finalidade de detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião. Geralmente realizado após o 10º. dia de atraso menstrual para detectar a gravidez (seguir orientação do fabricante do teste). Para realização do exame a mulher não deve estar apresentando sangramento, nem utilizando pomadas ou cremes vaginais.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

Frasco coletor
Etiqueta ou fita para identificação
Kit de teste para gravidez ou tira reagente
Impresso próprio para anotações
Prontuário do cliente

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Receber a cliente
Indagar sobre o período de amenorreia (não menos de 10 dias)
Encaminhar ao sanitário -> Garantir sua privacidade ou orientar para colher em casa
Oferecer o frasco de coleta que deve ser identificado
Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio
Orientar a cliente: Realizar higiene, desprezar o primeiro e o último jato e coletar dois dedos de urina (observar não contaminar a parte externa do frasco)
Receber o material e proceder à realização do exame (deve estar em local apropriado)
Seguir as instruções do fabricante para interpretar o resultado
Após o exame o resultado positivo ou negativo, deverá ser orientado segundo o Manual - SMS
Registrar em prontuário -> Indicar atraso menstrual DUM
Anotar a produção
Manter o frasco refrigerado (2º-8ºC)
Pode ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, desde que não tenha




ingerido muito líquido e tenha um intervalo de no mínimo 3 horas da última micção.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

118

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 27E
	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

OBJETIVO

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação, previne a desidratação e os seus agravos.
É realizada com os sais de reidratação oral (SRO) comercializado no mercado e distribuído na nossa rede.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

119

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO
Água filtrada ou fervida (fria);
Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)
Copo descartável;
Colher de plástico cabo longo
Colher de sopa ou de chá (copinho)
Balança adulto e infantil

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Pesar a criança no início da TRO e a cada hora
Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água
Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas. A solução SRO deve ser oferecida em curtos intervalos, usando copo, colher ou seringa plástica, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança recusar.

Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente
Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);
Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (**enfermeiro**) Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (**enfermeiro**).


Registro: Anotar o procedimento e a evolução no prontuário

Alta: Pós avaliação médica. **O enfermeiro só poderá dar alta nos casos leves**

CUIDADOS

A criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por quilograma de peso, por um período máximo de 4 a 6h -
Não apresentando melhora (Vômito /diarreia), solicitar a avaliação médica.

Ações em caso de não conformidades

 <p>INSTITUTO Rosa Branca</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 29E
	COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA	Emissão: XXXXXX Revisão: XXXXXX Validade: 1 ano

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

OBJETIVO

120

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Coleta de material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico com objetivo de detectar a presença de lesões neoplásicas ou pré neoplásicas podendo ter encontrado alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, outros).

COMPETÊNCIA

Enfermeiros

MATERIAL

Espátula de Ayres
Escova endocervical
Especulos: P, M e G
Lâmina com uma extremidade fosca (para identificação)
Fixador citológico
Gazes esterilizadas
Soro fisiológico 0,9%, ou água destilada
Formulário de requisição e de remessa de exames Livro de registro

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir dados do prontuário identificando a cliente.
Criar um ambiente acolhedor para receber a cliente. Respeitar a privacidade;
Realizar uma entrevista para preencher a ficha padronizada para coleta estabelecida pela instituição. Indicar situações específicas (gestação, virgindade);
Anotar no prontuário: idade, data da coleta, DUM, avaliação e orientação de enfermagem e retorno. Se possível, anotar resultado do papa anterior;
Descrever para a mulher como será realizada a coleta de exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espelho, escova, espátula e lâmina), realizar a técnica do autoexame das mamas -> No caso do enfermeiro, realizar o exame das mamas;
Solicitar para a cliente esvaziar bexiga;
Encaminhar ao Sanitário -> Garantir sua privacidade;
Orientar a despir-se da cintura para baixo, auxiliá-la deitar, cobrir com lençol e orientar a posição ginecológica;
Escolher o número de espelho de acordo com o tamanho da cliente;
Lavar as mãos;