



CHECK LIST DE AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Curso: Administração de Medicamento Segura

Nome:	<u>Claudia Maria</u>	Matrícula:	<u>1042</u>	
Cargo:	<u>Supermerc</u>	Setor:	<u>USI 1</u>	
Data:	<u>4/11/19</u>	Cenários:	<u>1</u>	
Seqüência das Atividades		Realizado		
1	Higienizou as mãos	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
2	Separou o material necessário	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
3	Utilizou o EPI adequado (Luva procedimento e máscara)	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
4	Realizou desinfecção do local de preparo com álcool 70% ou Oxivir	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
5	Manteve prescrição próxima durante o preparo (Medicação, dose e via certa)	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
6	Identificou corretamente o rótulo do frasco/seringa	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
7	Utilizou agulhas corretas para preparo e administração	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
8	Higienizou as mãos	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
9	Realizar Identificação do Paciente através de Dupla checagem (Nome Completo + Data Nasc.)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
10	Explicou o procedimento ao paciente/familiar (Abordagem correta)	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
11	Utilizou mesa auxiliar	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
12	Descartou o oclisor com auxílio de uma gaze	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input checked="" type="checkbox"/>
13	Realizou desinfecção da conexão com álcool 70% ou PADE	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
14	Inspecionou a solução ser infundida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
15	Lavou a via antes de administrar a medicação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
16	Conectou a medicação e administrou na velocidade adequada	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
17	Lavou a via após administrar a medicação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
18	Após término da infusão realizou nova desinfecção das conexões	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
19	Fechou com novo oclisor estéril	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input checked="" type="checkbox"/>
20	No final da infusão, manteve o equipo pendurado no suporte do soro protegido com oclisor estéril.	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input checked="" type="checkbox"/>
21	Descartou o material corretamente	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
22	Higienizou as mãos	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
23	Registrou corretamente	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>

total avaliado: 19

" alerto: 15

Alme Oliveira
(Assinatura do Instrutor)

[Assinatura]
(Assinatura do Aluno)

191