

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	FOR CENF 0006	
	Formulário de Registros	Edição: 02	
	Rastreabilidade do Extravasamento de Contraste	Página: 1/2 Vigência: 04/03/2024	

INFORMAÇÕES GERAIS

ETIQUETA DO PACIENTE

Telefone de contato: _____

ACESSO VENOSO:

- PUNÇIONADO POR: _____
- HORÁRIO DA PUNÇÃO: _____, HORÁRIO DO EVENTO: _____
- TIPO DE CATETER: _____ CALIBRE: _____
- LOCAL DA PUNÇÃO: _____
- MÚLTIPLAS PUNÇÕES: () NÃO () SIM, Nº VEZES _____

- DUPLA CHECAGEM DA PERMEABILIDADE REALIZADA ANTES DE INICIAR O EXAME: ____./____
- ORIENTADO O PACIENTE PARA COMUNICAR EM CASO DE DOR OU DESCONFORTO NO ACESSO VENOSO DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE
() SIM, NOME DO PROFISSIONAL: _____
() NÃO
- VELOCIDADE DE INFUSÃO: _____
- ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE COM A INJETORA:
() SIM () NÃO, ADMINISTRADO POR: _____
- VOLUME APROXIMADO DO CONTRASTE ADMINISTRADO: _____
VOLUME EXTRAVASADO: _____

FATORES DE RISCO IDENTIFICADO

- () IDADE, ≤ 5 ANOS
- () IDOSO
- () DIFICULDADE DE ACESSO VENOSO
- () FRAGILIDADE CAPILAR
- () FAZ USO DE ANTI COAGULANTE
- () PACIENTE COM DIFICULDADE DE ENTENDIMENTO
- () OUTROS, CITAR: _____

