

# CHECK LIST

## INSERCIÓN DE VÍAS CENTRALES

 **PACIENTE**

 **Nº HABITACIÓN**

 **FECHA**  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

 **TURNO**  
 Mañana  Tarde  Noche

 **NIVEL DE URGENCIA**  
 Urgente  Electiva

 **LUGAR DE INSERCIÓN**  
 Subclavia  Yugular  Femoral  Mediana-Basílica

 **RECAMBIO CON GUÍA**  
 Sí  No

### ANTES DEL PROCEDIMIENTO

SÍ

SÍ CON AVISO

OBSERVACIONES

Consentimiento informado y/o información al paciente




Confirmó la realización de higiene de manos adecuada




Persona que coloca la vía: gorro, mascarilla, bata, guantes estériles, protección ocular




Persona que enseña o ayuda a pinchar: gorro, mascarilla, bata, guantes estériles, protección ocular




Circulante no estéril: gorro, mascarilla




Desinfectó el lugar de inserción con clorhexidina




Utilizó técnica aséptica para cubrir al paciente de pies a cabeza




### DURANTE EL PROCEDIMIENTO

SÍ

SÍ CON AVISO

OBSERVACIONES

Mantuvo el campo estéril




Necesitó un segundo operador cualificado después de 3 punciones sin éxito (excepto en caso de emergencia)




### DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

SÍ

SÍ CON AVISO

OBSERVACIONES

Limpió con antiséptico (clorhexidina) los restos de sangre en el lugar y colocó apósito estéril





**ENFERMERA QUE SUPERVISA**