



**DESCRIÇÃO DO ATO DE INSERÇÃO
DA AGULHA INTRAÓSSEA EZ-IO**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO DE INSERÇÃO DA AGULHA INTRAÓSSEA

1. Paramentação estéril: máscara, gorro, avental e luva estéril
2. Técnica de inserção:

	() TÍBIA PROXIMAL	() FÊMUR DISTAL	() ÚMERO PROXIMAL	() OUTRA:
POSIÇÃO:	Membro inferior na posição de rã (pernas flexionadas em rotação lateral), com apoio de um COXIM de tecido abaixo da tíbia que será puncionada	Perna semifletida com coxim abaixo do joelho e fêmur distal	Braço ao lado do corpo com mão e antebraço sobre o abdome (ombro em rotação interna e cotovelo fletido)	
LOCAL DE PUNÇÃO:	Tíbia proximal – cerca de 1 cm abaixo da tuberosidade tibial e cerca no meio do platô (cerca de 1 cm medial) na região da tíbia	Fêmur distal – cerca de 1 cm acima da patela, ligeiramente mais medial	Úmero proximal: cerca de 1 cm acima da linha formada pelo encontro dos dois polegares ao tocar a cabeça do úmero, pela técnica das duas mãos	
HIGIENE:	() clorexidina 2% Outro:	() clorexidina 2% Outro:	() clorexidina 2% Outro:	() clorexidina 2% Outro:
ANESTESIA:	() não realizado () lidocaína 2% sem vaso Outro:	() não realizado () lidocaína 2% sem vaso Outro:	() não realizado () lidocaína 2% sem vaso Outro:	() não realizado () lidocaína 1% sem vaso Outro:
FIXAÇÃO:	Uso do curativo: () EZ estabilizer Outro:	Uso do curativo: () EZ estabilizer Outro:	Uso do curativo: () EZ estabilizer Outro:	Uso do curativo: () EZ estabilizer Outro:
TESTE:	Administrado ____ mL de SF 0,9% () puro () com lidocaína e não identificado extravasamento ou edema ao redor	Administrado ____ mL de SF 0,9% () puro () com lidocaína e não identificado extravasamento ou edema ao redor	Administrado ____ mL de SF 0,9% () puro () com lidocaína e não identificado extravasamento ou edema ao redor	Administrado ____ mL de SF 0,9% () puro () com lidocaína e não identificado extravasamento ou edema ao redor
INTER CORRÊNCIA:	() não apresentou () apresentou:			

Aracaju, ____/____/20____.

Médico que realizou o procedimento (assinatura e carimbo)