

GCL 1.2 Instalación de CUP

Record ID

NOMBRE EVALUADOR

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PAUTA

SERVICIO

☐ UCI Respiratoria ☐ UCM 1er piso
☐ UCM 4to piso ☐ UCM 6to piso
☐ Pabellón

NUMERO FICHA CLINICA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Identificar al paciente y verificar la indicación médica

☐ SI ☐ NO

Se realiza aseo genital al paciente por un tiempo máximo de 30 minutos previo a la instalación

☐ SI ☐ NO

Operador realiza lavado de manos previo al procedimiento

☐ SI ☐ NO

El operador utiliza guantes estériles y mantiene la técnica aséptica durante todo el procedimiento

☐ SI ☐ NO

Fijación correcta del CUP según protocolo

☐ SI ☐ NO

El recolector de orina queda por debajo del nivel de la vejiga y a una distancia mínima de 20 cm del suelo

☐ SI ☐ NO

Se realiza registro en hoja de enfermería

☐ SI ☐ NO

CUMPLE PAUTA
1 = SI CUMPLE
0 = NO CUMPLE
