

# GCL 1.2 MANTENCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Record ID

\_\_\_\_\_

NOMBRE EVALUADOR

\_\_\_\_\_

FECHA REALIZACIÓN DE PAUTA

\_\_\_\_\_

SELECCIONAR SERVICIO

☐ UPC 5to piso

NUMERO DE FICHA PACIENTE

\_\_\_\_\_

## CRITERIO DE EVALUACIÓN

Se visualiza sitio de inserción limpio

☐ SI ☐ NO

Fecha de curación vigente

☐ SI ☐ NO

Conexiones de CVC limpias

☐ SI ☐ NO

Bajadas de suero con fecha vigente

☐ SI ☐ NO

Existe registro de Indicación médica

☐ SI ☐ NO

CUMPLE PAUTA

1 = SI CUMPLE

0 = NO CUMPLE

\_\_\_\_\_