

ANEXO 1. CHECK-LIST PARA REALIZAÇÃO DO BANHO NO RECÉM-NASCIDO

ANTES DO PROCEDIMENTO

Nome do paciente _____

2º Marcador de identificação institucional: _____

Data do banho: ____/____/____ Horário de início: ____:____ h. Horário de término: ____:____ h.

Presença do responsável no momento do procedimento () Não () Sim. Quem: _____

Familiar orientado e consentindo a realização do procedimento: () Sim () Não

Orientações oferecidas ao familiar: _____

Aspecto da pele do paciente antes: _____

Paciente alerta: () Sim () Não

Paciente estável nas últimas horas: () Sim () Não

SINAIS VITAIS					
FC:	FR:	Tax:	Dor:		

MATERIAIS E VERIFICAÇÕES		
Berço de acrílico	SIM ()	NÃO ()
Banheira com suporte	SIM ()	NÃO ()
Termômetro de ambiente	SIM ()	NÃO ()
Termômetro de superfície	SIM ()	NÃO ()
Termômetro humano	SIM ()	NÃO ()
Gaze e algodão	SIM ()	NÃO ()
Fralda ou cueiro de algodão	SIM ()	NÃO ()
Toalha limpa e macia	SIM ()	NÃO ()
Fralda descartável	SIM ()	NÃO ()
Roupa para o recém-nascido	SIM ()	NÃO ()
Emolientes de ácidos graxos essenciais	SIM ()	NÃO ()
Álcool a 70%	SIM ()	NÃO ()
Sabonete (o ideal deveria ter um pH entre 4,5 e 6,5).	SIM ()	NÃO ()
Água limpa em temperatura entre 38 a 39°C	SIM ()	NÃO ()
Realizada higiene de mãos	SIM ()	NÃO ()

DURANTE O PROCEDIMENTO			
Técnica realizada de acordo com o procedimento operacional padrão?	SIM ()	NÃO ()	Observações

**ANEXO 1. CHECK-LIST PARA REALIZAÇÃO DO BANHO NO
RECÉM-NASCIDO**



Eventos adversos durante o procedimento?	SIM ()	NÃO ()	
Integração familiar durante o procedimento?	SIM ()	NÃO ()	

APÓS O PROCEDIMENTO

SINAIS VITAIS

FC:	FR:	Tax:	Dor:		
-----	-----	------	------	--	--

Aspecto da pele do paciente: _____

Aspectos da integração familiar e recomendações: _____

Paciente colocado para ser amamentado () Sim () Não.

Caso não tenha sido colocado para mamar, descreva o motivo: _____

Ass/Carimbo Técnico de Enfermagem

Ass/Carimbo Enfermeiro