



CHECK-LIST ASFIXIA BEBÊ NÃO-RESPONSIVO

1. O aluno pergunta à mãe:  
"Ele está com dificuldade para respirar?" (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )      Mãe fala sim
  
2. Início das manobras
  - Tapas nas costas (5 vezes) (1,0)      SIM ( )    NÃO ( )
  - Massagem cardíaca (5 vezes)
    - a. Posição correta dos dedos? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
    - b. Profundidade 4cm ? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
    - c. Permitiu retorno completo do tórax? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  - Alterna o bebê nos braços adequadamente ? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  - Checa a boca do bebê quando o vira de decúbito dorsal? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  
3. Checou responsividade? (0,5)      Paciente fica inconsciente      SIM ( )    NÃO ( )      Pcte não responde
  
4. Verificou ventilação (simultaneamente com item 1)(0,5)      SIM ( )    NÃO ( )      Pcte não ventila
  
5. Pediu ajuda com DEA? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  
6. Checou pulso (min – max 10 seg)? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )      Não tem pulso
  
7. COMPRESSÕES TORÁICAS (executar 5 séries de 30 compressões:2 ventilações – 2min):
  - d. Posição correta dos dedos? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  - e. Frequência de 100-120/min? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  - f. Profundidade 4? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  - g. Permitiu retorno completo do tórax? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  
8. Checou a boca por corpo estranho antes de cada ventilação? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  
9. VENTILAÇÃO (30 compressões: 2 ventilações):
  - h. Inclinação da cabeça + elevação do queixo? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )
  - i. Posicionou corretamente a máscara de bolso? (0,5)      SIM ( )    NÃO ( )

**j. Elevação visível do tórax? (0,5)**

**SIM ( ) NÃO ( )**