



Número: **0800035-73.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **14/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11820.0**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

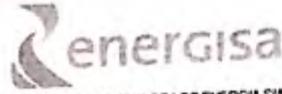
Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
AUTOR	MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18627 123	14/01/2019 13:05	1. Documentos Pessoais	Documento de Identificação
18627 138	14/01/2019 13:05	2. Procuração e Declaração de Hipossuficiência	Procuração
18627 155	14/01/2019 13:05	3. DUT	Documento de Identificação
18627 184	14/01/2019 13:05	4. Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
18627 187	14/01/2019 13:05	5. Requerimento Administrativo	Documento de Comprovação
18627 197	14/01/2019 13:05	6. Declaração Secretaria de Saúde	Documento de Comprovação
18627 226	14/01/2019 13:05	7. Atestados Médicos	Documento de Comprovação
18627 237	14/01/2019 13:05	8. Prontuário Cirurgia 1	Documento de Comprovação
18627 251	14/01/2019 13:05	8. Prontuário Cirurgia 2	Documento de Comprovação
18627 269	14/01/2019 13:05	8. Prontuário Cirurgia 3	Documento de Comprovação
18627 377	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 1	Documento de Comprovação
18627 386	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 2	Documento de Comprovação
18627 404	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 3	Documento de Comprovação
18627 422	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 4	Documento de Comprovação
18627 449	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 5	Documento de Comprovação
18627 464	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 6	Documento de Comprovação
18627 481	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 7	Documento de Comprovação
18627 491	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 8	Documento de Comprovação

18627 505	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 9	Documento de Comprovação
18627 560	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 10	Documento de Comprovação
18627 523	14/01/2019 13:05	9. Prontuário Médico 11	Documento de Comprovação
18682 718	17/01/2019 12:30	Despacho	Despacho

MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA
FAZ SAO JOSE, S/N - AREA RURAL
JUAREZ TAVORA / PB CEP: 58327000 (AG: 22)

Emissao: 20/07/2018 Referencia: Jul / 2018
Classe/Subcls: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA
Roteiro: 11 - 41 - 678 - 1819 NP medidor: 00009925084



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 209, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.086.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia EM: nca17009322911
Cód. para Dib. Automática: 00017295445

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	20/07/2018	21/08/2018	686.177.045-0 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): **5/1729544-5**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 20/06/18 Leitura: 5493	Data: 20/07/18 Leitura: 5631	1	138	30

Demonstrativo									
CGI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc. Pis(R\$)	Cofins(R\$)	
			Trabalho Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Colins(R\$)	(1,6645%)	(4,9956%)	
0601	Consumo em kWh	138,000	0,388630	50,87	0,00	0	0,00	50,87	2,54
0601	Adic. B. Vermelha			7,34	0,00	0	0,00	7,34	0,36
0610	Subsídio			21,80	0,00	0	0,00	21,80	1,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0908	Devolução Subsídio			-20,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CGI	Descrição de Classificação do Item	TOTAL:	59,53	0,00	0,00	80,01	0,86	3,99
-----	------------------------------------	--------	-------	------	------	-------	------	------

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.257.947 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2014

NOME MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

FILIAÇÃO JOSIVAL CARLOS DO NASCIMENTO
LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO

NATURALIDADE ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 20/04/1987

DOC ORIGEM CASAM N.5499 FLS.70 LIV.B 18
CARTORIO ALAGOA GRANDE-PB

068.617.704-50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Mídiám Ramos do Nascimento Moura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI N° 7.116, DE 29/08/83

Scanned with CamScanner

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA , BRASILEIRO, CASADA, AGRICULTORA , RG 3.257.947 SSP PB, CPF 068.617.704-50, RESIDENTE E DOMICILIADO NA FAZENDA SÃO JOSE , S/N, ZONA RURAL, JUAREZ TAVORA-PB.

OUTORGADOS: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, CPF 094.614.824-42, ADVOGADA OAB/PB 24.386, MARÍLIA NÓBREGA DE ASSIS, BRASILEIRA, SOLTEIRA, CPF 060.867.257-89, ADVOGADA OAB/PB 16.598; EVERALDO DA COSTA AGRA NETO, BRASILEIRO, CASADO, CPF 064.251.824-66, OAB/PB 24.994, COM ENDERÇO PROFISSIONAL LOCALIZADO NO CENTRO JURIDICO RONALDO CUNHA LIMA, SITUADO NA RUA VICE PREFEITO ANTONIO DE CARVALHO SOUZA, 450, 11º ANDAR, SALA 1105, ESTAÇÃO VELHA, CAMPINA GRANDE - PB.

PODERES: Para o foro em geral, com o fim especial de interpor Ação perante a JUSTIÇA, podendo praticar todos os atos judiciais inerentes ao bom cumprimento deste mandato, inclusive, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, impetrar recurso e substabelecer, com ou sem reserva de poderes, até final decisão.

Campina Grande-PB, 31 de JULHO de 2018.

Miriam Ramos do Nascimento Moura

Outorgante

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
Cep:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu , **MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA** , brasileiro, casada, agricultora, inscrita no CPF sob nº **068.617.704-50**, residente e domiciliada na Fazenda São José , S/N, Zona Rural, Juarez Távora-PB, declaro para os devidos fins de direito que não possuo condições de arcar com as custas processuais e despesas judiciais sem causar prejuízos ao meu próprio sustento e de minha família, haja vista ser pobre na forma dos artigos 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Campina Grande - PB, 31/JULHO/2018.

Miriam Ramos do Nascimento Moura

DECLARANTE

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
Cep:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929629924
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-RENAVAM 2018 R.N.-R.C. EXERCÍCIO
1 0108129769-4 00/00000000 2018

GERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA

64825728715 CPF/CNPJ PLACA OGF0823/PB

NOVO PLACA ANT. UF PB 9C2JB0100GR117212 CHASSI PAS/MOTOCICLETA/MANUEABILIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/POP 110I MARCA/MODELO ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

2 P/109 /CI CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE VERMELHA

00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1ª 2ª 3ª

0 PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 13/03/2018

A.F. ADM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA OBSERVAÇÕES

JUÁREZ TAVORA LOCAL PB DATA 13/03/2018

144601

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929629924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 13/03/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 64825728715 PLACA OGF0823/PB

01081297694 RENAVAM MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

2016 ANO FAB. 9 CATEG. Nº CHASSI 9C2JB0100GR117212

PREMIO TARIFÁRIO

***** DENATRAM (R\$) *****

***** IOF (R\$) SEGURO *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

***** COTA ÚNICA PARCELADO

***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** TOTAL BILHETE/FEEDBACK (R\$) P A G O *****

DATA DE QUITAÇÃO 13/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

144601-1104388-20180313

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia
2ª Superintendencia Regional de Policia Civil
8ª Delegacia Seccional de Policia Civil
Delegacia de Alagoa Grande



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 049/2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO(DPVAT)

LOCAL: Sitio Riachão da Benta, próximo ao Parque Progresso. Juarez Távora-PB.

DATA E HORÁRIO DO FATO: 22/04/2018 às 08h30min.

NOTICIANTE: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA ; ALCUNHA; MIDIAM. Sexo: FEMININO; nacionalidade Brasileiro; naturalidade: Alagoa Grande-PB; estado civil: casada; escolaridade: Ensino fundamental incompleto; ocupação: agricultora; filiação: Josival Carlos do Nascimento e Luciene Ramos do Nascimento ; data de nascimento: 20.04.1987; idade: 31 anos; Doc. Identificação: RG nº 3.257.947-2ª via-SSP/PB; CPF. 068.617.704-50, Telefone para contato: (83) 9.88360895; endereço residencial: fazenda Jose s/n, (loteamento São Paulo ,(próximo ao parque progresso) zona rural de Juarez Távora /PB

VÍTIMA:

TESTEMUNHAS: *****

NOTICIADO: *****

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: QUE, no dia 22.04.2018, por volta das 08h30min, conduzia a motocicleta POP/110 I, Ano e Modelo 2016, cor, vermelha, de PLACA-OGF-0823-PB, de Categoria Particular e CHASSI 9C2JB0100GR117212, licenciada em nome de GERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA e nas proximidades do parque progresso(Riachão da Benta) e no sentido Juarez Távora/Riachão da Benta, zona rural desta cidade. QUE; havia chovido e ao tentar desviar um buraco na estrada caiu da motocicleta. QUE; foi socorrida pela ambulância de Juarez Távora para o hospital de Trauma de Campina Grande. QUE; ficou internada por 19 (dezenove dias) e passou por cirurgia no joelho direito conforme apresentação do PRONTUARIO, de Nº 1639767. Nada mais havendo a tratar, e advertido das Implicações do art. 299 do CPB, encerro o presente registro de ocorrência, que vai devidamente assinado.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registrado o BO e entregue uma via ao noticiante.



Juarez Távora, 25 de julho de 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Midiam Ramos do Nascimento Moura
ASSINATURA NOTICIANTE

Antonio de Pádua de Lima Souza
Mat. 87.552-0
Policial Civil

CARTÃO DO REGISTRO CIVIL Ivone Alves de Melo e Melo E-SCRIVA Juarez Távora-PB	Autentico esta fotocópia reproduzida fiel do original, dou fé, Dec. Lei nº 2.448, de 25/05/1949.
	J. Távora, 25.07.2018 <i>[Assinatura]</i> Ivone Alves de Melo e Melo E-SCRIVA

Selo Digital: AHF17782-66W9
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA**

Nº Sinistro: **3180371002**

Vitima: **MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCOIS MARQUES AMORIM**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371002**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00457/00458 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13236453



GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua: Francisco Luiz N.º s/n

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **MIDIAN RAMOS DO NASCIMENTO MOURA**, casada, brasileira, agricultora, portadora do RG: 3.257.947 SSP/PB, CPF: 068.617.704-50, residente na Fazenda São José, Zona Rural, na cidade de Juarez Távora, foi vítima de acidente de moto na data 22.04.2018, no sítio Riachão da Benta, zona rural desta cidade, sendo socorrida pela ambulância tipo I, Fiat Fiorino, placa OXO - 9929, deste município para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, da cidade de Campina Grande.

Cientes das cominações legais àqueles que atestam declarações falsas como verdadeiras, dato e assino o presente para que surta seus efeitos legais.

Juarez Távora-PB, 08 de agosto de 2018.

João Batista Almeida da Cunha
Secretário Municipal de Saúde

João Batista Almeida da Cunha
Secretário Municipal de Saúde





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): mediana Raux
do N. Moura PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 582.2 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 28 / 08 / 18 A 03 / 09 / 18 NECESSITANDO DE
90 (Noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 03 / 09 / 18

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que Dr. Luiz Ramo
do N. Flaura
foi atendido (às) hoje, às 11:50 (_____)
horas, necessitando de 60 (permanente)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S82.1

Campina Grande, 14 / 08 / 18

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT-12455
GIR. DA COLUNA VERTEBRAL-SBC

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Midean Rodas
do N- Momo

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 30 (trinta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S02

Campina Grande, 16 / 1 / 19

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIR OMBRO E COTOVELO
CRM 8817 TEOT 12637
CLÍNICA CTO 3341.2560
Rua Dr Chateaubriand, 206

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): MÍDIAM RAMOS DO
NASCIMENTO PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 582 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 22 / 04 / 18 A 09 / 05 / 18 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 09 / 05 / 18

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

28/08/2018

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1721831 CLASS: DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/08/2018

Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

CEP: 58387000 Nascimento: 20/04/1987

Endereço: SÍTIO FAZENDA SMO JOSE

Sexo: F Telefone: 987319939

Cidade: Juarez Távora

Idade: 031

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO

RG: 3257947 N°: 0 Profissão: AGRICULTORA

Responsável:

CPF: 06861770450 Data de Nascim: 28/08/2018

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 28/08/2018 Hora: 07:22:04

Motivo: INTERCORRENCIA

CRM: Especialidade:

Médico:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrazão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Enfisema subcutâneo
- 10. Emagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Alma branca
- 13. F. Alma de tçoço
- 14. F. Cortiço
- 15. F. Contame
- 16. F. Corto-contuso
- 17. F. Furo-contuso
- 18. F. Furo-contante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injuriamento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lactoscindria
- 25. Luxação
- 26. Mordecure
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Otorragia
- 30. Paralisia
- 31. Paralisia
- 32. Paralisia
- 33. Queimadura
- 34. Rincorrage
- 35. Síndrome de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 07% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: OSTEOMIELITE DE S. DIA

EXAME:

110 dias por o osteomielite de photo Michel Duvite

S: Painel Administrativo

PRIMARIO-D

Ortopedia

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

21/08/18
Ramosa

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Ultrassonografia: () Radiografias: () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / hs / / Dia / /

Especialista: / / hs / / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Amanda de Oliveira Montenegro
Ramosa



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
 GONZAGA FERNANDES
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a): MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA Protocolo: 0000422023 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): ANDRE RIBEIRO Data: 28-08-2018 12:31 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: Leito - 09

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

Resultados anteriores: 22/04/18: 2'00'' }

[DATA DA COLETA: 28/08/2018 12:24]

Valores de Referência:
 De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'00'' min

Resultados anteriores: 22/04/18: 7'00'' }

[DATA DA COLETA: 28/08/2018 12:25]

Valores de Referência:
 De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White


 Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Emissão : 28/08/2018 14:10 - Página 4 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 24FA-F90F-E20E-C84D-0BAC-0D23-C5FD-3BC2





ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
 GONZAGA FERNANDES
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a):	MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA	Protocolo:	0000422023	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ANDRE RIBEIRO	Data:	28-08-2018 12:31	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 09

PROTEINA C REATIVA NÃO REATIVO mg/L

[DATA DA COLETA: 28/08/2018 12:24]

Material: Soro

Método: Titulacao

Valores de Referência:
 Inferior a 1:2 ou 6,5 mg/L
 RISCO CORONARIANO: ATE 0.21

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Emissão : 28/08/2018 14:10 - Página 3 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1098-78A9-49A8-CF3C-3CE7-782A-705A-FEA5



Sr(a): **MÍLIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA** Protocolo: **0000422023** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **ANDRÉ RIBEIRO** Data: **28-08-2018 12:31** Origem: **ÁREA AMARELA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **31 anos** Destinat: **Leão - 09**

REMOSEDIMENTAÇÃO = VSK 4 mm

DATA DA COLETA: 28/08/2018 12:25

Matéria: Sangue/EDTA

Método: Wintrobe

Valores de Referência:
Crianças e Mulheres: 4 a 16 mm
Homens: 3 a 10 mm


Geraldo Romário da Fonseca Neto
Biomédico
CREM - 6010

Enviado : 28/08/2018 14:10 - Página 2 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E2AD-42A6-670E-F033-A7F5-CE6C-EDD9-735F

Sr(a): MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA Protocolo: 0000422023 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): ANDRE RIBEIRO Data: 28-08-2018 12:31 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: Leito - 09

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/08/2018 12:22]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4,2 à 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,5 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,5 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	87 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referência
Leucócitos.....	5.800 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	58
Segmentados.....	61,0	3.538
Eosinófilos.....	1,0	58
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	34,0	1.972
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	174
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	203.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 28/08/2018 14:10 - Página 1 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E2AD-42A6-674B-F033-A7F5-4E6C-EDDB-735F



123456789



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Miriam</i>										PRONTUÁRIO: <i>999</i>			
IDADE:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM: *28/08/18*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Mx JOELHO @ MP/PEFIC

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. André Luiz Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia
CRM-PB 5793

NOME: <u>Miguel Roberto</u>										PRONTUÁRIO: <u>5</u>			
IDADE: <u>31</u>		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS: Post-OP

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:
Cultura de flogulo branco + penicilina e
paraissol + antibiograma

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico <u>[Assinatura]</u>
DATA: <u>31.08.18</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Amanda Rosa</i>										PRONTUÁRIO:			
IDADE:		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS: *Pus-OP*

RAIO X
REALIZADO EM:
31/08/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:
RX peito D, AP e Perfil

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		<i>e</i> Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: <i>31.08.18</i>		HORA DA SOLICITAÇÃO:		

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
CRM-PS 2557

02/09/18 14:15 PA=100 x 70

Receita especial, contando dieta, realizado curativo, medicação em, segue em anexos.

Maria do Socorro Alves da Silva
COREN-08 737.452-7E

2125 28/11 2/15

03/10/18 06:00 PA=110 x 80

Receita especial, medicacao em, segue em anexos.

Maria do Socorro Alves da Silva
COREN-08 737.452-7E

2125 28/11 2/15

P

DIAGNÓSTICO

P.O. Rms Usado

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Horário	Prescrição Médica	Evolução Médica
2/A	6	3			<p>1. Dieta LIVX</p> <p>2. SRL 1500ml EV/24h JELS</p> <p>3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h</p> <p>4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h</p> <p>5. Omeprazol 40mg EV/jejum</p> <p>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN</p> <p>7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN</p> <p>8. Clexane 40mg SC/dia 9:00-3</p> <p>9. SSW + CCGG</p>	<p>20/06</p> <p>21/06</p> <p>22/06</p> <p>23/06</p> <p>24/06</p> <p>25/06</p> <p>26/06</p> <p>27/06</p> <p>28/06</p> <p>29/06</p> <p>30/06</p> <p>01/07</p> <p>02/07</p> <p>03/07</p> <p>04/07</p> <p>05/07</p> <p>06/07</p> <p>07/07</p> <p>08/07</p> <p>09/07</p> <p>10/07</p> <p>11/07</p> <p>12/07</p> <p>13/07</p> <p>14/07</p> <p>15/07</p> <p>16/07</p> <p>17/07</p> <p>18/07</p> <p>19/07</p> <p>20/07</p> <p>21/07</p> <p>22/07</p> <p>23/07</p> <p>24/07</p> <p>25/07</p> <p>26/07</p> <p>27/07</p> <p>28/07</p> <p>29/07</p> <p>30/07</p> <p>31/07</p> <p>01/08</p> <p>02/08</p> <p>03/08</p> <p>04/08</p> <p>05/08</p> <p>06/08</p> <p>07/08</p> <p>08/08</p> <p>09/08</p> <p>10/08</p> <p>11/08</p> <p>12/08</p> <p>13/08</p> <p>14/08</p> <p>15/08</p> <p>16/08</p> <p>17/08</p> <p>18/08</p> <p>19/08</p> <p>20/08</p> <p>21/08</p> <p>22/08</p> <p>23/08</p> <p>24/08</p> <p>25/08</p> <p>26/08</p> <p>27/08</p> <p>28/08</p> <p>29/08</p> <p>30/08</p> <p>31/08</p> <p>01/09</p> <p>02/09</p> <p>03/09</p> <p>04/09</p> <p>05/09</p> <p>06/09</p> <p>07/09</p> <p>08/09</p> <p>09/09</p> <p>10/09</p> <p>11/09</p> <p>12/09</p> <p>13/09</p> <p>14/09</p> <p>15/09</p> <p>16/09</p> <p>17/09</p> <p>18/09</p> <p>19/09</p> <p>20/09</p> <p>21/09</p> <p>22/09</p> <p>23/09</p> <p>24/09</p> <p>25/09</p> <p>26/09</p> <p>27/09</p> <p>28/09</p> <p>29/09</p> <p>30/09</p> <p>01/10</p> <p>02/10</p> <p>03/10</p> <p>04/10</p> <p>05/10</p> <p>06/10</p> <p>07/10</p> <p>08/10</p> <p>09/10</p> <p>10/10</p> <p>11/10</p> <p>12/10</p> <p>13/10</p> <p>14/10</p> <p>15/10</p> <p>16/10</p> <p>17/10</p> <p>18/10</p> <p>19/10</p> <p>20/10</p> <p>21/10</p> <p>22/10</p> <p>23/10</p> <p>24/10</p> <p>25/10</p> <p>26/10</p> <p>27/10</p> <p>28/10</p> <p>29/10</p> <p>30/10</p> <p>31/10</p> <p>01/11</p> <p>02/11</p> <p>03/11</p> <p>04/11</p> <p>05/11</p> <p>06/11</p> <p>07/11</p> <p>08/11</p> <p>09/11</p> <p>10/11</p> <p>11/11</p> <p>12/11</p> <p>13/11</p> <p>14/11</p> <p>15/11</p> <p>16/11</p> <p>17/11</p> <p>18/11</p> <p>19/11</p> <p>20/11</p> <p>21/11</p> <p>22/11</p> <p>23/11</p> <p>24/11</p> <p>25/11</p> <p>26/11</p> <p>27/11</p> <p>28/11</p> <p>29/11</p> <p>30/11</p> <p>01/12</p> <p>02/12</p> <p>03/12</p> <p>04/12</p> <p>05/12</p> <p>06/12</p> <p>07/12</p> <p>08/12</p> <p>09/12</p> <p>10/12</p> <p>11/12</p> <p>12/12</p> <p>13/12</p> <p>14/12</p> <p>15/12</p> <p>16/12</p> <p>17/12</p> <p>18/12</p> <p>19/12</p> <p>20/12</p> <p>21/12</p> <p>22/12</p> <p>23/12</p> <p>24/12</p> <p>25/12</p> <p>26/12</p> <p>27/12</p> <p>28/12</p> <p>29/12</p> <p>30/12</p> <p>31/12</p>
16/06					<p>Alta hospitalar</p> <p>Retorno ambulatório</p> <p>ATB + AT OMS</p> <p>Praxilene</p> <p>Altefale 90 dias</p>	<p>Dr. Julio Cesar Castro</p> <p>Oftalmologia e Traumatologia</p> <p>CRM/PB-9865 / CRM/RN-8320</p>
						<p>Dr. Julio Cesar Castro</p> <p>Oftalmologia e Traumatologia</p> <p>CRM/PB-9865 / CRM/RN-8320</p>

01/09/18 18:00 T.A = 110 x 70

Paciente evoluiu com
intercostência de fúsculo
completo sobre o fúsculo

02/09/18 06:00
Paciente estável,
medicação CPm,
sem queixas.

Maria do Socorro Alves da Silva
COREN-OR 737.452-1/E

Handwritten notes in blue ink, including a vertical list of numbers: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.

02/09

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Mr. deon Passos					
21/09	1. Dieta <i>líquida</i>				
	2. SRL 1500ml EV/24h	18/06			
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	18/06			
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	06			
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum				
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
	8. Clexane 40mg SC/dia <i>(esp)</i>				
	9. SSW + CCGG	18/06			
	<i>Dr. Wagner Falcao</i>				
	<i>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</i>				
	<i>GRANDE SÉC 3</i>				
	<i>Dr. Wagner Falcao</i>				
	<i>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</i>				
	<i>CRM-PB 8643</i>				

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Máximo Tempo de Movimento Menor em 20/04/18

2.4.2 340ms 15/04/18

Atividade de manutenção elétrica
Dr. Przemyslaw

31/08/18 13:30

01
04

01

02

02

02

01

02

02

02

02

02

02

02

titolol

02
02
02

placa

01 2.4 2.7 2.7 2.7

01
01
01

02
02
02
02

02
02

01
02

02

X
X
X



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		5

Humberto de Almeida L. Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 1666 - RQE 4583

Assinatura do anestesista

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Pósterior em PDRH sob anestesia
② Anestesia + antiseptia + campos estéril
③ Incisão em face interna lateral de joelho direito + direção por planos + hemostase
④ Remoção de material de sutura + coleta de fragmentos ósseos para cultura
⑤ Lavagem com SF 0,9% rigorosamente + sutura por planos + curativo

R
Dr. Fábio Fabrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PS 9967

33.08.18

35 ms.

PA - 110 x 80

Saeviti estavel, bem
opuestas no moment
Realizado ematut + m-CPM
segur aos euclados da
supermagu. *A*

01.09.18

Pc- estavel, pm
intercomunicada
sequ Meicada
CPM e aos cuclados
da equipe de enfermagem.

Margara Madalena da Silva Gomes
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 011164365

higienizar pontos

31.08

- 1) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 2) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 3) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 4) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 5) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 6) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 7) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 8) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 9) Drogas - 1000 mg em 10 ml
- 10) Drogas - 1000 mg em 10 ml



GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Paciente chegou no UEN às 18:30h.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

RMS

Paciente	<i>Nidson Ramos</i>	Aljamento	6	Leito	3	Convênio	
----------	---------------------	-----------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31.08	1) Dado de leve 2) SPC 1000 ml IV 24h 3) Oxacilina 3g IV 6/6h 4) Difenidramina 50mg + AD IV 6/6h 5) Fildena 30mg + AD IV 12/12h 6) Omefran 40mg + Admetaxil IV 6/6h 7) SSUV + OC166 8)	15h 21h 24h 24h 24h 24h	PDZ Não tabagismo CU: VPH + cultura 8/24
	Dr. Euler Patrício A. Costa R. 0801-13 9501 0801-13 9501		Dr. Euler Patrício A. Costa R. 0801-13 9501 0801-13 9501
			Dr. Euler Patrício A. Costa R. 0801-13 9501 0801-13 9501

31.08.18
 4/14
 RMS

30/8/19

Paciente estável, consciente, orientada,
segue as cuidados de enfermagem
medicada, conforme prescrição médica
fline

PA 110x80
110/70

Transmissão

30/8/19
D. OLIVEIRA MONTENEGRO

Handwritten notes and a large signature in the upper left quadrant.

Handwritten initials or numbers on the left side.

Handwritten initials and a large signature in the lower middle section.

Handwritten text at the bottom right, including the number '100x60' and a signature.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

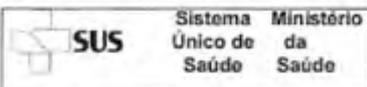
FRG T 14/14

8 9 0

Paciente Mirlan Passos Alojamento 8 Leito 9 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/08/2014	Mirlan Passos 20914259000018126614	08h	Mirlan Passos
			Mrl Agueda de Sousa

Data da internação: 28/08/2018 Hora: 08:09:24



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1721855		
7 - CARTÃO DO SUS 705006610101650	8 - DATA DE NASCIMENTO 20/04/1987	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO	11 - TELEFONE DE CONTATO 008 83 N° DE TELEFONE 987319939		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) SITIO FAZENDA SAO JOSE , 0 , CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Juarez Távora	14 - CÓD. BRG. MUNICÍPIO 250760	15 - UF PB	16 - CEP 58387000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Doença crônica de progressão lenta e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
NA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Distúrbio de ansiedade

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TTO</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004346719
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/08/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Delivered by Special Agent
D. J. ...

ATD ...

ATD ...

ATD ...



Data da internação: 28/08/2018 Hora: 08:09:24

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	---------------------	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1721855		
7 - CARTÃO DO SUS 705006610101650	8 - DATA DE NASCIMENTO 20/04/1987	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 987319939		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO FAZENDA SAO JOSE , 0 , CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Juarez Távara	14 - CÓD. REG. MUNICIPAL 250760	15 - UF PB	16 - CEP 58387000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doi + Gêide do exercício pendente e primo</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTO Urilipio</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>As.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Asteroidite de Tiltipio</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TTO Urilipio</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE 980016004346719
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/08/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Avaliar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia capilar.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	OPV	<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e coxa cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	US 3/3	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desidratação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene orientada e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	S/N	<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tecidual.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido corporal / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da lesão/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	3/3 dias sempre	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter os grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sempre	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Janiera Viciá Ferreira
COREN-PI 33115-ENF

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FORM: MC0103 CHINES E (SOLVICA), 04E 2 de 2013.

Paciente: Miriam Ramos Enfermeira: 8 Leito: 3 Data: 02/05/12

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS / SINTOMAS
1 Constipação	Diarreias () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação () Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal fenda () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompição da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Dequeto () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa do nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascle () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: Miriam Ramo Registro: _____ Leito: 8-3 Setor Atual: ORTI
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

 Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgésia): _____

 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

 Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

 () Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

 () Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (por, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora e aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	3x/dia	<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (SiN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	3x/dia	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

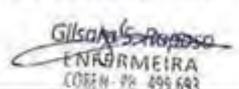
Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): 

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: _____

FONTE: NCC3033 - CHAVESE, D. SOLEAVICÁ. - SAE. 2 ed. 2013.

Paciente: Miriam Ramelo Enfermaria: 8 Leito: 3 Data: 02/05/18

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS/ FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal da dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento de superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicacões () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar o sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USD</u> Data da punção <u>30/05/18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocrada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	
Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	
Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>paciente faz uso de Tala MTD, guisa de de dor</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>09/05/18</u> HORA: <u>10:00</u> h	
 Gilsane Romão ENFERMEIRA COREN - PR 495.692	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: Miriam Ramos Registro: 8 Leito: 3 Setor Atual: UTI
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

 Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

 Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

 Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

 () Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

 () Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

 Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Diminuição da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		<input type="checkbox"/> Melhorar a acústica abdominal.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Alertar para os sinais de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	2x/dia	<input checked="" type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorado / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	12:30h e P.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antiêmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input checked="" type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.	contínuo	<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	contínuo	<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	S/N	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	contínuo	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.	contínuo	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	contínuo	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.	contínuo	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	8.P.M.	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Karola R. L. Porto Queiroz
COREN-PB 166311-ENF

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NR 210, CHAVES, L.B. SOLAY, C.A.; SAE, 2 ed. 2015.

Paciente:	<i>Miriam Ramos do Nascimento</i>	Enfermária:	<i>ortops</i>	Leito:	<i>8-3</i>	Data:	<i>03/05/18</i>
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos () Hidratos de evacuação irregulares ()	Desidratação () Lesão neurológica ()	Estresse () Outro ()	Abdome distendido () Anerxia ()	Dor à evacuação Dor abdominal ()	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Fatores psicológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Outro ()		Cavidade bucal ferida () Dor abdominal ()	Diarreia () Mucosas pálidas ()	Outro ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Ansiedade ()	Dor () Fraqueza ()	Fraqueza () Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Incapacidade de lavar o corpo ()	Outro ()	
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) (P) Outros ()			Alterações na pressão sanguínea () Relato verbal de dor (C)	Outro ()	
5	Hipertermia	Anestesia () Aumento da taxa metabólica ()	Desidratação () Trauma ()	Trauma () Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia ()	Taquipnéia () Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Hipotermia ()	Circulação prejudicada () Imobilização física (P)	Circulação prejudicada () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Rompimento da superfície da pele ()	Invasão de estruturas do corpo () Outro (P)	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Prejuízo músculo esquelético (P)	Desconforto () Rigidez articular	Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Movimentos descontrolados ()	Dispnéia ao esforço () Outro (C)	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Batimento de asa de nariz ()	Dor () Ortopnéia ()	Fadiga () Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória () Outro ()	Dispnéia () Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Drenos ()	Queimaduras () Outros ()	Vômito () Outros ()			
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos () Procedimentos invasivos (P)	Defesas primárias inadequadas () Outro ()				
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Extremos da idade ()	Medicações () Agitação/Desorientação ()				
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono () Ruído ()	Outro () Imobilização física ()		Mudança do padrão normal do sono () Relatos de dificuldade para dormir ()	Outro ()	
13	Outro						
14	Outro						

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M50</u> Data da punção <u>03/05/18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: <u>deambula e ajuda</u>	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>03/05/18 aos 18:30h. paci com queixas de dor no baço direito, segue medicada e p.n, em unidade da equipe.</u>	
<u>Karola R. L. Porto Queiroz</u> COREN-PB 186371-ENF	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>03/05/18</u> HORA: <u>18:30</u> h	
<u>Karola R. L. Porto Queiroz</u> COREN-PB 186371-ENF	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: *Mediam Ramos do Nascimento* Registro: Leito: *8-3* Setor Atual: *ortop 1.*
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

 Nível de consciência: Consciente Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

 Mobilidade Física: Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: *tala MJD*

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

 Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH20

 Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA
 Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

 Pulso: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: Miriam Barros Registro: Leito: 03 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

 Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

 Nível de consciência: Consciente Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

 Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH20

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

 Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA
 Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda, Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Avaliar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input checked="" type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).	S/N	
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input checked="" type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	S/N	
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	CONTINUO	
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	12/12 Hs 12/12 Hs	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	S/N	
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Fases de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	CONTINUO	
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnicas assépticas para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	CONTINUO	
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input checked="" type="checkbox"/> Manter as gradus do leito elevadas.	CONTINUO	
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.	CONTINUO	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): Valmora Guja
 Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NICHOLS, CHARLES D. SOLARICA; SAE 2 ed. 2013

Paciente: <u>MADAM RAMOS DO NASCIMENTO</u>		Enfermaria: <u>8</u>	Leito: <u>3</u>	Data: <u>05/05/18</u>		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro ()	Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação Outro ()	Anorexia () Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarria () Outro ()	Dor abdominal () Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro ()	Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro ()	Incapacidade de levar o corpo ()	
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()	Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro ()	Relato verbal de dor ()	
5	Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro ()	Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada ()	Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo ()	Rompimento da superfície da pele () Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto (x) Rigidez articular	Prejuízo músculo esquelético (x) Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro	Movimentos descontrolados ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()		Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia ()	Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréia ()	Drenos () Outros ()			
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos (x) Defesas primárias inadequadas ()	Procedimentos invasivos () Outro ()			
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada (x) Medicações ()	Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()			
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controla do sono () Outro ()	Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro ()	Relatos de dificuldade para dormir ()	
13	Outro					
14	Outro					

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Preordialgia ()
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>S/ Acesso</u> Data da punção <u>/ /</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: <u>/ /</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>MIE</u> Curativo em: <u>05/07/19</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>/ /</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>/ /</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>PACIENTE EM ESTADO FÍSICO GERAL NORMAL, SEM QUEIXAS DE DOR. CURATIVO FEITO NO MIE, SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. E AGUARDANDO CIRURGIA</u>	
 Raimunda Maria O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
 Raimunda Maria O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>05/07/19</u> HORA: <u>16:30</u> h
<u>Vonima guedon - FEM - Acadêmica I</u>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: Miriam Ramos do Nascimento Registro: _____ Leito: 8-3 Setor Atual: Ortop. I
2. AVALIAÇÃO GERAL

 Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: 94 bpm; SPO2: 98 %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

 Nível de consciência: Consciente Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

 Mobilidade Física: Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

 Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi _____ % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH20

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA
 Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

 Pulso: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PREScrição DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e reavaliar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhorar a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos analgésicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Melhorar da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhorar da perfusão tecidual.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da lesão/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Cuidar o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		<input type="checkbox"/> Melhorar do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NCC-010. DIWESLI D. SOUZA C. L. SAE. 2 ed. 2013.

Paciente: <u>Andriani Ramo</u>		Enfermaria: <u>B</u>	Leito: <u>3</u>	Data: <u>07/05/18</u>
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Anorexia ()	Dor abdominal ()	Outro ()
3	Déficit no auto cuidado para banho Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
4	Dor aguda Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
5	Hipertermia Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Incapacidade de lavar o corpo ()		
7	Mobilidade Física prejudicada Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
8	Padrão respiratório ineficaz Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Relato verbal de dor ()		
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
10	Risco de infecção Aumento da exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
11	Risco de queda Mobilidade física prejudicada () Medicações () Extremos de idade () Agitação/Desorientação ()	Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
12	Padrão de sono prejudicado Falta de privacidade/controlar do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
13	Outro	Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
14	Outro	Movimentos descontrolados ()		
		Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
		Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção: <u>05/05/18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente que usa de Tala MSE	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Gilson S. Raposo</u> ENFERMEIRA COSEN - PE 495.897	
DATA: <u>07/05/18</u>	HORA: <u>20:00</u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: Lidiam Ramos Registro: 8 Leito: 3 Setor Atual: OTI
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

 Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia):

 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

 Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

 Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

 Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

 () VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

 () Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

 Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

 Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

 Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

 Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

 Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

 () Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

 Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	OK	<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	OK 20	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.	OK	<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da lesão/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	3 dias sempre	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, fadiga aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.	sempre	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Janiero Videl Ferreira
COREN-PE 545.115-ENF

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NCCB10, CHAVES, D. SOUZA, C.A., SAE, 3 ed. 2013.

Paciente:	Mudiam Romão			Enfermaria:	8	Leito:	3	Data:	05/18		
DIAGNÓSTICO	FATORES RISCOS				SINAIS E SINTOMAS/ALTERAÇÕES						
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()			
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()				
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()				Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()					
		Fatores psicológicos ()		Outro ()		Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()				
3	Deficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()		Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()			
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()					
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()				Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()					
5	Hipertermia	Anestesia ()		Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()				
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()			
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()				Circulação prejudicada ()					
		Hipotermia ()		Imobilização física ()		Outro ()		Destruição de camadas da pele ()		Invasão de estruturas do corpo ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()		Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()			Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízo músculo esquelético ()		Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()				
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()		Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()			Dispnéia ()
						Batimento de asa de nariz ()			Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()		Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()					
		Drenos ()				Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()				Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ()		Outro ()							
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()				Medicações ()					
		Extremos da idade ()		Agitação/Desorientação ()							
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlê do sono ()		Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()				Outro ()	
		Ruído ()		Imobilização física ()		Relatos de dificuldade para dormir ()					
13	Outro										
14	Outro										

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Midiam Ramalho Registro: _____ Leito: 8-3 Setor Atual: UTI
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi _____ % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

 Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno ____/____/____ Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA
 Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Diagnóstico

fx. placa fibral (D)

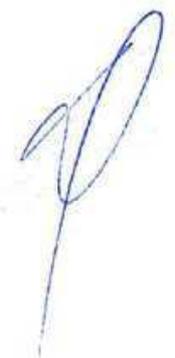
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

10 OK

Paciente: MIRIAM RAMOS DA N. SILVA Alojamento: Leito: Convênio:

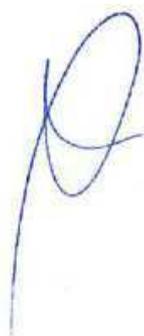
Table with columns: Data, Prescrição Médica, Horário, Evolução Médica. Includes handwritten medical notes and a signature of Dr. Valtin Mendes Guimarães.

Handwritten notes in the top left corner, including the word "Cópia" and other illegible scribbles.



Handwritten mark or signature in the middle left area.

Handwritten notes in the lower middle section, including the word "Cópia" and other illegible scribbles.



Handwritten notes in the bottom left corner, including the word "Cópia" and other illegible scribbles.

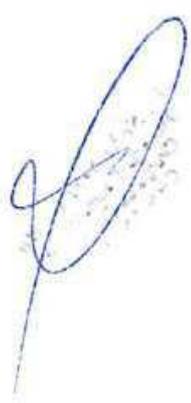


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <i>Miriam Romão de Noronha</i>			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	1 / 1 às : h
SETOR:	LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR: FC: PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Pele rompida</i>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
Alex Gonçalves Martins Enfermeiro Coren/PB 512403	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<i>03</i> <i>02</i>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/ MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			<i>M.T.M.</i>
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<i>Amorim</i>
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.			<i>Souza</i>

MOO 125

Handwritten notes in the top left corner, including the name "AMANDA" and other illegible scribbles.

A large, stylized handwritten signature in blue ink, located in the upper right quadrant of the page.

to

Handwritten notes in the bottom left corner, including the name "AMANDA" and other illegible scribbles.

A second large, stylized handwritten signature in blue ink, located in the lower right quadrant of the page.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Miriam Lourenço Alojamento: 10 Leito: 10 Convênio: Isa de Maria Alvim D

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/04	1. Dieta <u>líquida</u>	<u>AD</u>	
	2. SRL 1500ml EV/24h	<u>AD</u>	
	3. Dipeirona 02ML+ AD EV 06/06h	<u>AD</u>	<u>Prontidão suficiente para</u>
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<u>AD</u>	<u>em uso.</u>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	<u>AD</u>	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	<u>AD</u>	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	<u>AD</u>	
	8. Clexane 40mg SC/dia	<u>AD</u>	
	9. SSVV + CCGG	<u>AD</u>	

Dr. Schubert Costa
 Especialista em Gastroenterologia
 Rua da Glória, 100
 CEP: 55021

Dr. Schubert Costa
 Especialista em Gastroenterologia
 Rua da Glória, 100
 CEP: 55021

Amanda de Oliveira Montenegro
20/08/2018

DATA: 25 - 09 - 2018

HORA: 20:00

P.A. - 100 X 70

Paciente consciente

orientada medicada

- lentius oor

avistado de

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB-958170-TE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Miriam Ramos Alojamento: 18 Leito: 3 Convênio: 18 da Porto Ribeiro

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<u>28/04</u>	<u>1. Dieta Lúmen</u>	<u>3:20</u>	
	<u>2. SRL 1500ml EV/24h</u>	<u>15</u>	
	<u>3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h</u>	<u>12</u>	
	<u>4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h</u>	<u>12</u>	<u>Paciente apresenta-se</u>
	<u>5. Omeprazol 40mg EV/jejum</u>	<u>08</u>	<u>estável</u>
	<u>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN</u>	<u>08</u>	
	<u>7. Nauseáron 01 FA + AD EV 8/8h SN</u>		
	<u>8. Clexane 40mg SC/dia</u>	<u>20</u>	<u>(20/04)</u>
	<u>9. SSVV + CCGG</u>	<u>21</u>	

Dr. Richard Costa
Médico Assistente
Clínico Geral
Data: 28/04

Dr. Sc. Richard Costa
Médico Assistente
Clínico Geral
Data: 28/04

Diagnóstico

ORTOP 1 LEITV 8.5 FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO PRE OP ALA ORTOPEDICA

FX PLATO TIBIAL D

Paciente MIDIAM RAMOS, 31 Alojamento Leito Convênio LEITO 8-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
			#ORTOPEDIA# DIII-S*
	1 DIETA LIVRE		B fo, antind. 1 hora antes da cirurgia
	2 JELCO SALINIZADO		CD-VPH
	3 DIFENIDRA 1G + AD IV 6VSH	18:18 24/06	
	4 NAUSEDRON 1FA + AD IV 8VSH 5VN	SN	
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8VSH 5VN	SN	
	6 FISIO MOTORA		
	7 SSVV + CCGG		
	8 Clonazepam 1mg 5x ao dia		



Diagnóstico

ORTOP I LEITU 8.3 **FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO** PRE OP **FX PLATO TIBIAL D**

ALA ORTOPEDICA

Paciente: **MIDIAM RAMOS, 31** Alojamento: Leito: Convênio: **LEITO 8-3**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29.09.18			#ORTOPEDIA# DIH- 2-
	1 DIETA LIVRE		BEG, extorç, no redenção
	2 JELCO SALINIZADO		convém
	3 DÍPIRONA 1G + AD IV 6/8H	(12) 15	
	4 NAUSEDRON 1FA + AD IV 8/8H 5VN		
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8H 5VN		
	6 FÍSIO MOTORA		
	7 SSVV + CCGG		
	8. <i>Cloxac 40mg SC 1x/dia</i>	(20) 15	

Dr. Edmar Falcão A. Cruz
Médico Assistente

Dr. Edmar Falcão A. Cruz
Médico Assistente

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 8-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX PLATO TIBIAL D

ALA ORTOPÉDICA

LEITO 8-3

Paciente	MIDIAM RAMOS, 31	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30.09.18	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPYRONA 1G + AD IV 5/6H 4 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM 5 TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% IV 8/8H 5/6H 6 FISIO MOTORA 7 SSVV + CCGG 8 Oxiprene 40mg SC 1x/12h	eti ab 10 16 24 08 06 5/6 eti eti 10	#ORTOPEDIA# DIH:___ BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS CD: VPM
	Dr. Eder Fabrício A. Cruz UN ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907		Dr. Eder Fabrício A. Cruz UN ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
01/05	30:00				100% 80		Refeição aguardada precedido mento enxárgico, higienizado limpeza e troca de Tala, segue des cuidados da enfermagem.	Debora
01/05	30:00				100% 80			Debora

Diagnóstico

ORTOP I
LEI 11.0.3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX PLATO TIBIAL D

ALA ORTOPEDICA

LEITO 8-3

Paciente: MIDIAM RAMOS, 31 Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01.05.18			ORTOPEDIA DIH: 9
	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIFENORA 1G + AD IV 6/8H	12, 18, 24, 06	BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS
	4 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM	06	
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8H 5/8	06	CD: VPM
	6 FISIO MOTORA		
	7 SSVV + CCGG		
	8 Clonazepam 40mg sc 1x/dia	06	
			Dr. Ester Patrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 3907
			Dr. Ester Patrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 3907

ORTOP
LEITU 8-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX PLATO TIBIAL D

ALA ORTOPÉDICA

OK

LEITO 8-3

Paciente: **MIDIAM RAMOS, 31** Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02.05.18			#ORTOPEDIA# DIH: 10_*
	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DAPIRONA 1G + AD IV 6/8H	12/18 24/06	BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS
	4 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM	06	
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8H 5/1N		CD: VPM
	6 FISIOTERAPIA		
	7 SSVV + CCGG		
	8 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	90	
			Dr. Fábio Fabrício A. Cruz Especialista em Ortopedia e Traumatologia CRM-1495 - 8567
	Dr. Fábio Fabrício A. Cruz Especialista em Ortopedia e Traumatologia CRM-1495 - 8567		

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 8-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX PLATO TIBIAL D

ALA ORTOPEDICA

Paciente MIDIAM RAMOS, 31

LEITO 8-3

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04.05.18			#ORTOPEDIA# DIH-12
	1 DIETA LIVRE	C	
	2 JELCO SALINIZADO	C	
	3 DIPIRONA 1G + AD IV 6/6H	12/18 24/00	
	4 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM	12/18 24/00	BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8H SYN		
	6 FISO MOTORA	C	CD: VPM
	7 SSVV + CCGG	C	
	8 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	12/18 24/00	
	9 Busipem Sinteres 170 + 15 W, 8,88	12/18 24/00	
			Dr. Euler Fabrício A. Cruz M-ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9307
	Dr. Euler Fabrício A. Cruz M-ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9307		
	10. Antibio 1/ halogénico 2x/dia ex - joelho E		
			Dr. Euler Fabrício A. Cruz M-ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9307

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/05	10:00				100/80		<p>paciente apresenta prurido - mento eritematoso, melizado eritemato, medicado c.p.m., aprox em curador da enfermagem, feito troca de acesso venoso.</p>	
							<p>Net medicinal + lito 50w + lito curador curas</p>	
							<p>193 Lúcia Ramos de Oliveira COREN-PB 203.185-1E</p>	
							<p>Diurese em NC em NC em NC em NC</p>	
							<p>Abundante +</p>	
							<p>02/170</p>	

ORTOP
LEITO 8-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX PLATO TIBIAL D

ALA ORTOPEDICA

LEITO 8-3

Paciente MIDIAM RAMOS, 31

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/07			#ORTOPEDIA# DIHIC *
	1 DIETA LIVRE + leucorréia, dg. leve	SND	
	2 JEICO SALINIZADO	Montes	
	3 DIFIRONA 10 + AD IV 6/6H	12/18	
	4 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM	12/18	BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8H 5/5N	12/18	
	6 FISIO MOTORA	SV	CD: VPM
	7 SSVV + CCGG		
	8 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	M +	
	9 BUSCOPAM SIMPLES 1EA + AD, IV, 8/8H	12/18	
	10 CURATIVO COM KOLLAGENASE 2X/DIA	12/18	
	① Simulação de ao que vo s/ea (suspensa)		

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 8-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX PLATO TIBIAL D

ALA ORTOPEDICA

LEITO 8-3

Paciente MIDIAM RAMOS, 31

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/05			#ORTOPEDIA# DIH:*
	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G + AD-IV 6/8H	12 18 24 06	BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS
	4 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM	06	
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% IV 8/8H S/N		CD: VPM
	6 FISIQ MOTORA		
	7 SSVV + CCGG		
	8 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA, dilgs: 60mg	20	
	9 BUSCOPAM SIMPLES 1FA + AD, IV, 8/8H	14 22 06	
	10 CURATIVO COM KOLLAGENASE 2X/DIA	06 20	

Dr. Everton Meira
MR Ortopedia, Traumatologia
CRM-PB 42007

Dr. Everton Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

ORTOP
LEI 1178.3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

PRE OP

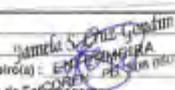
FX PLATO TIBIAL D

LEITO 8-3

Paciente: MIDIAM RAMOS, 31 | Alojamento: | Leito: | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8.5.18			ORTOPEDIA# DIH: *
	1 DIETA LIVRE <i>após 6h</i>		
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DAPIRONA 1G + AD IV 6/6H	7/8	
	4 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM	7/8	BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8H <i>1 dose 8/5h</i>	7/8	CD: VPM
	6 FISIOTOMIA		
	7 SSVV + CCGG		
	8 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		
	9 BUSCOPAM SIMPLES 3FA + AD, IV, 8/8H 5/5N	5/5N	
	10. <i>ultrassom 1g + HD em 12/12h</i>	7/8	
	<i>(1) Rx de controle</i>		
	<i>Dr. Everton Meira Médico Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 5900</i>		<i># POI Paciente submetida a procedimento cirúrgico ortopédico de consolidação CD: VPM Rede Urgente</i>
9.5.18	<i>Rece hospitalar</i>		<i>Dr. Everton Meira Médico Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 5900</i>
	<i>Dr. Fábio Patrício A. Cruz Médico Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 9907</i>	<i>Dr. Fábio Patrício A. Cruz Médico Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 9907</i>	<i>Próximo procedimento planejado PO longo Cdx: alto + noturno + crônico</i>

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	PRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Alertar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	<i>manhã</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Registro diário das necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	<i>12/12h</i>	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antiêmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física mantida/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e aceitar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tecidual.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	<i>3/3 dias contínuo</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Utilizar técnicas asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	<i>CPM</i>	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): 
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: HQ2-10. GRAVES L.D. SCLAYDA; SAE, 2 ed. 2013.

Paciente: Adriano Romes Enfermagem: 8 Leito: 3 Data: 26/04/18

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarreia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompição da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro () Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarreia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento de exposição ambiental à patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos de idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar o sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Medison Romes Registro: _____ Leito: 83 Setor Atual: 0101

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
 HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___/___/___ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	IPRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a acidez alimentar.
<input type="checkbox"/> Aliviar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.	<i>manha</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.	<i>12/12h</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antiférmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Melhora de ressecamento da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Paciência respiratória eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da landarquemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	<i>3/3 dias tente novo</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	<i>CPM</i>	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): *Jeniffer Cruz Gondim*
 CARIMBO: ENFERMEIRO - 248 987

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

PONTE, NICOLAU; CHAVES, L.D.; SOUZA, C.A.; SAE, Z. de. 2013.

Paciente: Miriam Ramos Enfermaria: 8 Leito: 3 Data: 28/04/18

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal fenda () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Deficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outras ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas de pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Bafimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asclie () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicções () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Miriam Romes Registro: _____ Leito: 8.3 Setor Atual: ortol

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
 HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH20

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO₂ _____ PO₂ _____ HCO₃ _____ EB _____ SpO₂ _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	PRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input checked="" type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhorar a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Acurio diário de necessidades de higiene.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	Leva	
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		<input checked="" type="checkbox"/> Controle de dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	SRISANO	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antilêpticos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Melhora de integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	Pompe	<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	Continua	<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.	2 / 2 ho	
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Melhora de perfusão fascial.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da lesão/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Contar o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Assinatura S. Napóles

ENFERMEIRA

Carimbo e assinatura do Enfermeira(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: MEC/2013. QMVERSÃO: SOLAVCA: SAE-2 de 2013.

Paciente: Meliana Ramos Enfermaria: 8 Leito: 3 Data: 30/04/18

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdome distendido () Dor à evacuação Outro () Anorexia () Dor abdominal ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()	Cavidade bucal ferida () Diarreia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()	Incapacidade de acessar o banheiro (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipnéia () Outro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele () Outro ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízo músculo esquelético () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar-se () Dispnéia ao esforço () Outro Movimentos descontrolados ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopnéia () Outro ()
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite () Queimaduras () Vômito () Diarreia () Drenos () Outros ()	
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos () Defesas primárias inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()
13 Outro		
14 Outro		

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normofenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>paciente por uso de Tala MFD, queixava de dor em Joelho direito</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 30/04/18 HORA: 8:00 h	
 GILSON S. BARBOSA <small>ENFERMEIRO</small> <small>10011-98 499.693</small>	

FONTE: BORDINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Miriam Ramos Registro: 8 Leito: 3 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Distorção () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % I/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Rancos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Sr(a): MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA Protocolo: 0000398560 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 22-04-2018 14:58 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE COAGULACAO 7'00'' min

[DATA DA COLETA: 22/04/2018 14:58]
Material: sangue
Metodo: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

[DATA DA COLETA: 22/04/2018 14:58]
Material: sangue
Metodo: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos



Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Emissão : 22/04/2018 16:44 - Página: 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A471-6929-5A06-B6C3-6DB1-0E35-C3C5-80C2



10



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA Protocolo: 0000398560 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 22-04-2018 14:58 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 22/04/2018 14:58]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referências
Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	92 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	12.400 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Leucócitos.....			
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	496	
Segmentados.....	78,0	9.672	40 à 70 % - 1.900 à 9.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	124	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	14,0	1.736	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	372	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	271.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Bortolo
Biomédico
CRM 5405

Emissão : 22/04/2018 16:44 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: AF56-E569-6DAB-58AE-B4BC-DD1B-FFC0-B461





Sr(a): MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA Protocolo: 0000401363 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EVERLAN MEIRA Data: 05-05-2018 18:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: ENF 08 - L 03

SUMÁRIO DE URINA (TIPO I)

[DATA DA COLHEITA: 05/05/2018 18:51]

EXAME FÍSICO

	Resultado	Valor de Referência
Volume.....	50 mL	
Cor.....	Amarelo citrino	Amarelo citrino/Amarelo ouro
Aspecto.....	Ligeiramente turvo	Limpido
Depósito.....	Ausente	Ausente
Odor.....	Próprio	Próprio
Densidade.....	1.010	1.015 A 1.030

EXAME QUÍMICO

	Resultado	Valor de Referência
pH.....	5.0	5,0 A 9,0
Nitrito.....	Negativo	Negativo
Proteínas.....	Ausente	Menor que 20 mg/dL
Glicose.....	Ausente	Ausente
Corpos cetônicos.....	Ausentes	Ausentes
Urobilinogênio.....	Ausente	Menor que 0,3 ml
Bilirrubina.....	Ausente	Ausente
Sangue.....	Ausente	Ausente
Sais biliares.....	Ausentes	Ausentes

EXAME MICROSCÓPICO DO SEDIMENTO (400X)

	Resultado	Valor de Referência
Células uroteliais.....	Raras	Ausentes
Leucócitos.....	2 em média por campo	Inferior 4 5 em média por campo
Hemácias.....	Ausentes	Ausentes
Cilindros.....	Ausentes	Ausentes
Cristais.....	Alguns de ácido úrico	Ausentes
Muco.....	Ausente	Ausente
Outros.....	Ausentes	Ausentes

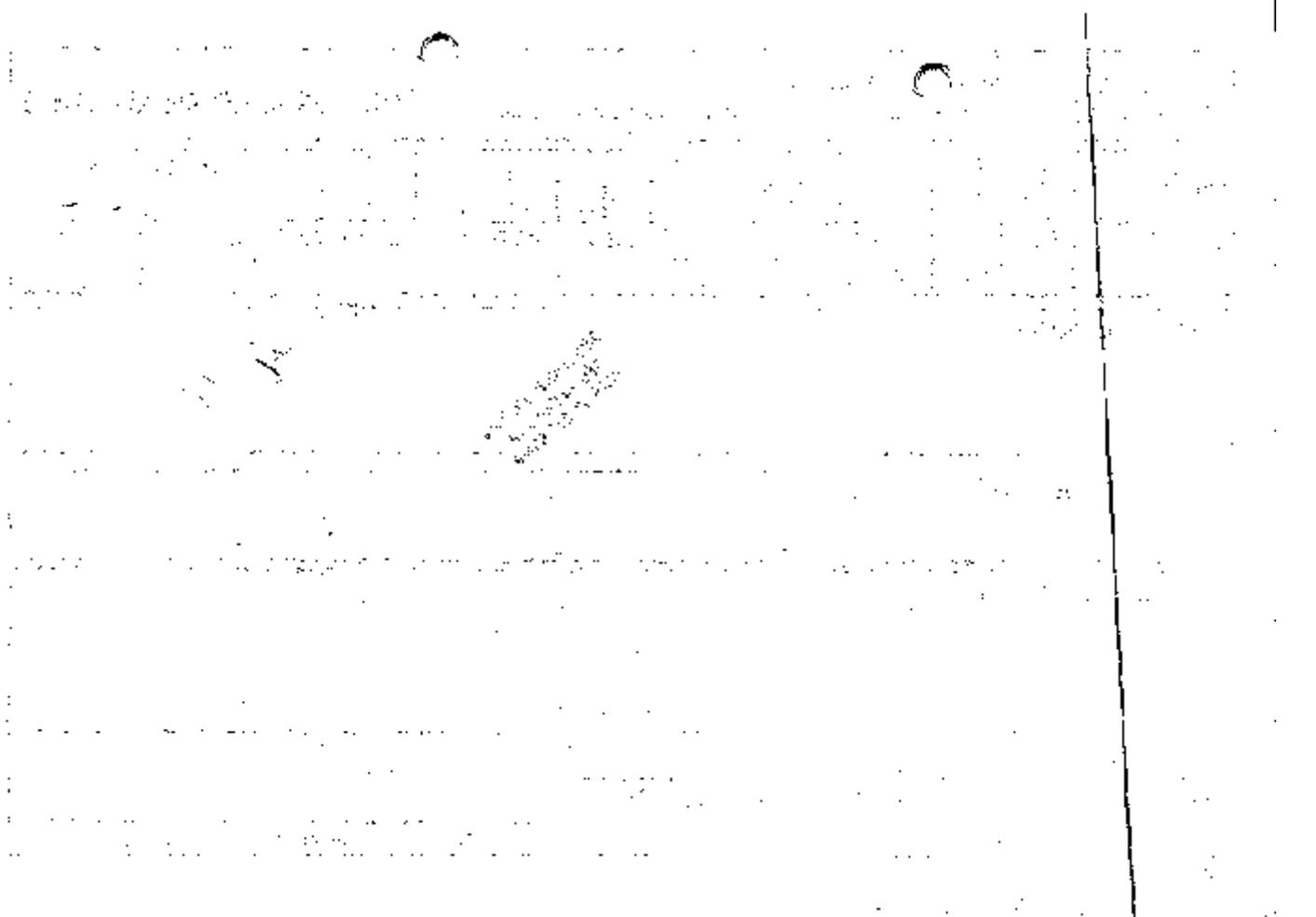
OUTRAS INFORMAÇÕES

Geider Farias Cavalcanti
Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7454

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 07EB-7B54-0109-3534-C6CA-9558-R344-7E7C



Exame t. 05/05/2018 18:19 - Página 1 de 1





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		M. DIANA R...					PRONTUÁRIO:		127	
IDADE:	SEXO	COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>								

DADOS CLÍNICOS:

Adriano Roberto de Paiva
TÉC. RADIOLOGIA
CRTR 020277 RNPB

RECEBIDO EM:
21/04/15

MATERIAL A EXAMINAR:

RX T N Z D AP/P

EXAMES SOLICITADOS:

RX Joelma D AP/P
Verme AP/P

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
RADIOLOGIA E FISIOTERAPIA
GRUPO HSS1

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:										PRONTUÁRIO:									
Maidiam										Liamon de Montenegro Meuna									
IDADE:		SEXO		COR:			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:				
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									Ortop.1						

DADOS CLÍNICOS: *Post-op.*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: *Rx de pelvis O HP e prope*

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Everton Medeiros MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9909
DATA: <i>08/05/18</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA
COMARCA DE SÃO CARLOS - ESTADO DE SÃO PAULO
AUTOR: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
RÉU: INSTITUTO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA
COMARCA DE SÃO CARLOS - ESTADO DE SÃO PAULO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA
COMARCA DE SÃO CARLOS - ESTADO DE SÃO PAULO
DATA: 15/05/2014

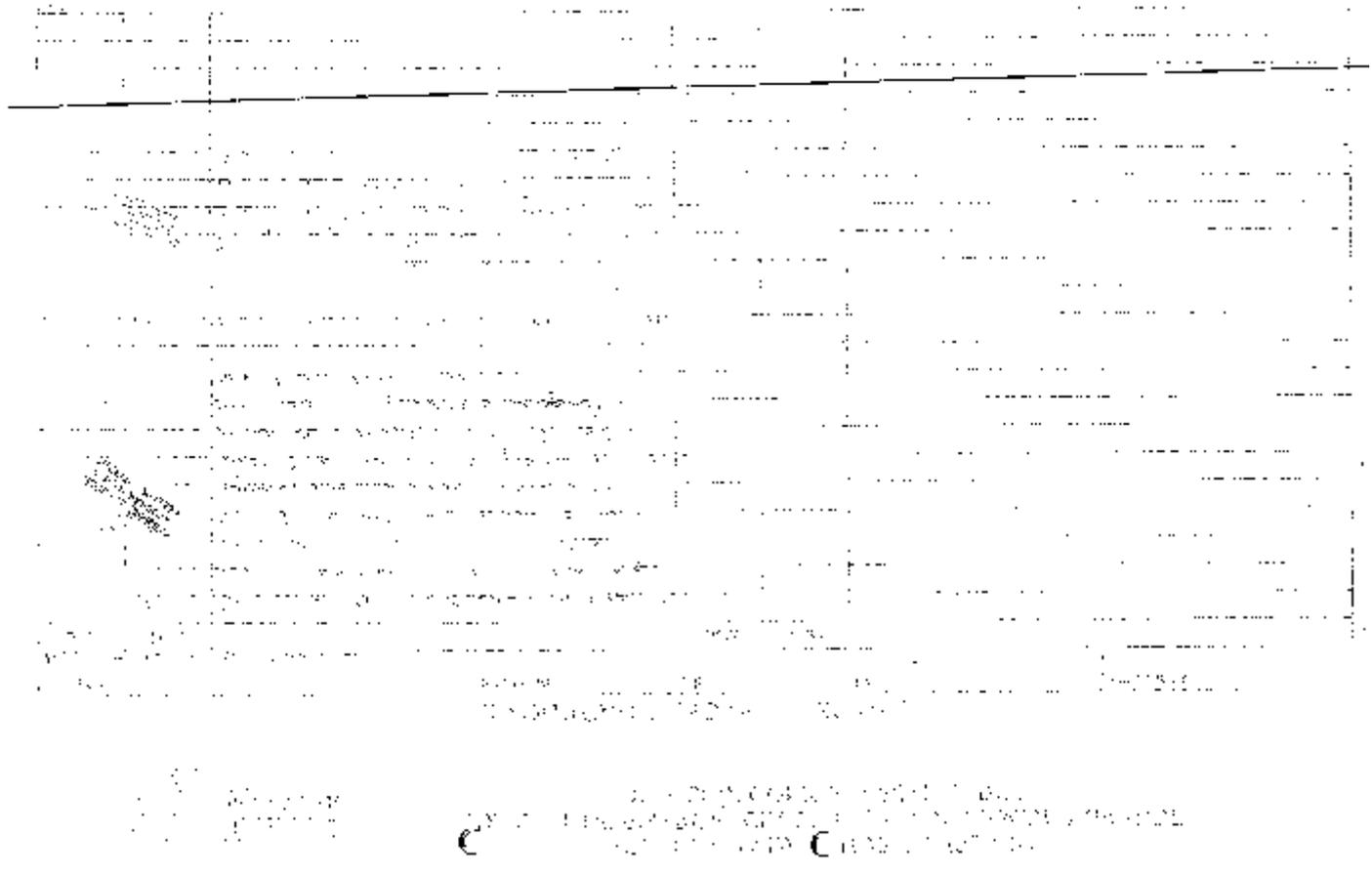
EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA
COMARCA DE SÃO PAULO, ESTADO DE SÃO PAULO.

Processo nº 1901141300145500000018126840
AUTOS DE PRODUÇÃO DE PROVAS
O Juiz de Direito da Comarca de São Paulo, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, vem por meio desta certificar a produção de provas em favor da parte autora, nos autos do processo em epígrafe, em virtude de a mesma ter se comprometido a produzir as provas necessárias para a comprovação de sua alegação, sob pena de desistência da causa, nos termos do art. 339, § 1º, do Código de Processo Civil.

AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
LUIZ CARLOS DE MOURA
CUSTÓDIA DE DOCUMENTOS

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Mariana Soares de Nascimento				3	8
Data	Hora		Data	Hora	
25/09/2018	Tarde	<p>Atividade Fisioterapêutica com PFI operatória</p> <p>Foco em PFI operatória de Fratura de Pério Tibial direita, ocasionada por acidente de moto. Exatidão de imobilização com tala gessada a favor. Ao exame físico apresentava edema em membros inferiores direito. Conduta: Manuseio ativo de cervical; Manuseio ativo de costelas; postura dos membros superiores; Manuseio de aquecimento de membros inferiores esquerda; Mobilização articular de dedos e quadril de membros inferiores direito</p> <p>Academia vascular: Interação Respiração Abdominal</p>	30/09/18	manhã	<p>Paciente mantém quadro clínico. Conduta mantida.</p>
			02/10/18	TARDE	<p>Paciente com GOR mantida, comida ativa e mobilização passiva; alongamento ativo de MMSS, exercício post MMSS, mobilização do pédo E, mobilização do tornozelo E e metatarso E de forma passiva, elevação ativa de abdome horizontal de MMSS e metatarso passivo de abdome e debateu pontos gatilhos em C1. Atividade física para ganhar Otimismo da vida</p>
03/10/2018	Tarde	<p>Paciente com GOR, mantida, comida, ativa e exercícios. Conduta: Manuseio ativo de cervical; Manuseio ativo de MMSS; Exercício de fortalecimento ativo de MMSS; Manuseio ativo de aquecimento térmico; Mobilização articular de dedos e quadril de MMSS; Exercícios de fortalecimento de quadriceps dos MMSS</p> <p>Academia vascular: Interação Respiração Abdominal</p>	03/10/18		<p>Recebeu um GOR, mantida, comida, passiva e ativa, e exercícios. Realizado fisioterapia: Não houve alteração com MMSS e MMII esquerda, mobilização ativa com MMSS e MMII esquerda, exercícios culturais com MMSS, exercícios resistidos pela fisioterapia com MMSS e MMII esquerda e manutenção de posicionamento no leito. Atividade física: Lutar e vencer.</p>



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Mision Ramos de Nascimento				3	8
Data	Hora		Data	Hora	
03/05	M	Paciente em EGB, normotensa, eufórica, acordada e consciente. CONDUZA Mobilização articular de MMII, alongo assistido, exercícios de fortalecimento de membros superiores e inferiores com resistências manuais (triplex), flexão, dorsiflexão e flexão plantar, treino de sentar e levantar. Treino de marcha associado a respiração diafragmática. Acad. Luana Leal, UCPB.			
04/05/18	TARDE	Paciente em EGB acordada, consciente, com ocos de contatantes, ativa e motivada. Conduzir alongamento ativo da cervical, mobilização articular MMII, alongamento e p/ E, mobilizar E.O. de forma passiva, usar cinto de sustentação horizontal com aux. Transbordante de 4455, recondiciona em funcional. Acad. Vanessa: fono. Priscila Oliveira dos Santos			

Mãe Palavra Tem ~~Dois~~ Pequenas,
bem sabe os lobos ~~em~~ que es do
+ aninhado do céu
E a perra memora que Deus!

Dinâmica dos Numeros

Toda a floresta Numerada e Numeros
diferentes.

Avisa que tem dois Numeros iguais
pra elas procurar entre si ~~luminos~~
pra atre.

Modelo da Dinamica:

Niguem e igual todas sozinhas diferentes

Dinamica da Piroleta

Distribui Os Piroleta pra cada uma e pede
para que chupe ~~quando uma do outro~~
^{sem dobrar o braço}

que consegue e vencedor pois

~~que a atitude de amizade a.~~

Compatibilizar algumas das nothas
nem a dose e muito importante para
a convivencia

Dinamica da ~~Rede~~ Compatilhada

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Mician Ramos do Nas Moura			IDADE 31a	SEXO F	COR
DATA 08/05/18.	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL Lote			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA naga	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADÍSTICO II	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
					Satisf: _____ Excit: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS	SF 1500 ml				MANUTENÇÃO dipirona 2 h latel 2 de cadion 1 ultraxona 1		
CÓDIGOS VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	16h00 → 17h30				Com cânula: Faro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSIÇÃO							
AGENTES	mivacina 15mg + dimorfol 1004g						
TÉCNICA	roqui 925G C3-C4 2				CÂNULAS CN O2		
OPERAÇÃO	fratura de tibia direita						
QUIRURGIOS	Felipe						
ANESTESISTAS	Taylah						
OBSERVAÇÕES					Taylah Tassia de S. Oliveira MÉDICA CRIMINAL 09/11 CPF: 003.462.124-23		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS							

MÓD. 618

Taylah Tassia de S. Oliveira
MÉDICA CRIMINAL 09/11
CPF: 003.462.124-23

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Handwritten notes at the top of the page, including the number '8120180' and other illegible scribbles.

Handwritten notes in the middle section, including the number '20' and other illegible scribbles.

Handwritten notes at the bottom of the page, including the number '109' and other illegible scribbles.

Official stamp of the court, containing the text 'CORTE DE JUSTIÇA' and other illegible details.

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Miriam Ramos do Nascimento trauma IN-20/04/1987</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> <small>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</small>
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
<i>—</i>	<i>sala-03</i>	<i>Sus</i>	<i>31-anos</i>	<i>1639767</i>		
CIRURGIA: <i>MG Cirurgico Fx de plato</i>			CIRURGIÃO: <i>Dxº Felipe + Dxº Evellan + Dxº Guller</i>			
ANESTESIA: <i>Raque</i>			ANESTESIA: <i>Dxº Thayllan</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
<i>André (Buarão)</i>		<i>08/05/18</i>	<i>16:00</i>	<i>17:30</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calet. p/ Oxyg.		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	<i>03</i>	Compressa Grande ***		Catgut cromado Serfix	
<i>01</i>	Dimor <i>Farp.</i>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serfix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix	
<i>01</i>	Fentanil <i>a</i>		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	<i>Neocaina Pesada</i>		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Protigmine amp.		Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	<i>02</i>	Mononylon <i>2-0 **</i>	
	Thionembital ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>02</i>	Lâmina de Bisturi nº 24		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	<i>01</i>	Luvax 7.0 *	<i>02</i>	Vicryl Serfix <i>1-0 **</i>	
	Flaxidol amp.	<i>02</i>	Luvax 7.5 **		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	<i>04</i>	Luvax 8.0 ****		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvax 8.5	<i>02</i>	<i>Fios de Kirschner 2.0</i>	
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPi Degemante ml			
	Heparema ml	<i>05</i>	PVPi Tópico ml <i>deumo</i>	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>05</i>	Saco coletor <i>p/ luxo</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol		Seringa desc. 10 ml *		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml *		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	<i>01</i>	<i>5F p/ musa *</i>	
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cetalarina 1g		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral nº			
			Steridram ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Galcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latase			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	<i>05</i>	<i>eletrodes</i>			
<i>01</i>	Aguilha p/ raque nº <i>25</i>	<i>03</i>	<i>algatao Otopélico</i>			
<i>03</i>	Alcool de Enfermagem <i>40/1</i>					
	Alcool Iodado ml					
<i>05</i>	Ataduras de Crepon <i>30x40</i>					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

- EQUIPAMENTOS**
- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar |
| <input type="checkbox"/> Serra | <input type="checkbox"/> Eletrocautério |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input checked="" type="checkbox"/> Oxiapígrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <i>luxo</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |

CIRURGIA GERAL
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 1213597



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

21301

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Michara Ramos do M. Moura		Idade:		
Convênio:	SUS		Data:		
Procedimento:	Trat. Cirurgico de Frot. plátô tibial P.				
Cirurgião:	Dr. Felipe	Auxiliar:		Anestesista:	Dr. Phayre
Início:	16:00	Término:	17:30	Anestesia	Raque

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
18:00	158x124	72bpm	90%	Sumore + Sueli	-	Consciente
18:30	130x100	75	99%	Sueli + Jirndi	-	Consciente
19:00	140x90	75	99%	Sueli + Jirndi	-	Consciente
20:00	135x85	80	98%	Sueli + Jirndi	-	Consciente
21:00	101x115	85	99%	Sueli + Jirndi	(+)	Consciente
21:30	105x62	86	99%	Jirndi + Sueli	(+)	(+)

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante



Nome do Paciente <i>Nickson Ramon</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>08/05/15</i>	Enf. <i>8</i>	Leito <i>3</i>	
Operador <i>Dr. Felipe Guada</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Euler (M.A.)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Euler (M.A.)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>André</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx. platis tial @</i>			
Tipo de Operação <i>colecistectomia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>sem</i>			
Relatório Imediato da Patologia <input checked="" type="checkbox"/>			
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DPV, mal anestesiado
- 2) Assupção + antiseptização e exposição da parede estomacal
- 3) Incisão com pinça cônica - lateral da fossa @ + drenagem por Pluma + Demastac
- 4) Redução cruenta de FX + colecistectomia com Pluma em L EF Judo @ + pinças, mal encopos
- 5) Sutura da parede
- 6) Sutura por Pluma
- 7) Curativo
- 8) À URPA

Dr. Euler M. Meira
 MR Ortopedia e Traumatologia
 CRM 28 9720

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Mod. 019

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOBRE DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMAS
CIDADE: P. GRANDE TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: MIRIAM RAMOS DO NASCIMENTO LOPES
Nº DO CONTRATUÁRIO: 1639767 Nº AL H: CÓD PROCEDIMENTO: CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: TRATAMENTO DE FRACTURA DE FIBULA TIBIAL

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
Placa 11/11 05 LARGO ESQU.		01	
Placa 4.5x32		02	
Placa 4.5x44		01	
Placa 4.5x55		02	
Placa Esponjosa 116 n. 65		02	

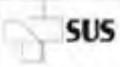
DATA DA UTILIZAÇÃO: 08/15/18 DATA DA COMUNICAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: DR. FELIPE GUEDES

OBSERVAÇÕES:
Q 45 TOL n. 110
Q n. 4.5 162

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:
Assinatura: [assinatura]
Carimbo: Dr. Euler Fabrício A. Cruz ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PE 2.21

Assinado eletronicamente pelo(a) AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
em 12/05/2014 às 14:52:11
CPF: 030.111.200-00

Data da internação: 22/04/2018 Hora: 11:38:58

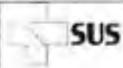
 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856			
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA				1639803			
7 - CARTÃO DO SUS 705006610101650		8 - DATA DE NASCIMENTO 20/04/1987		9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 987319939			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO FAZENDA SAO JOSE , 0 , CENTRO				14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 15 - UF - 16 - CEP 250760 PB 58387000			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Juarez Távora							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>do quadro clínico</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>do quadro clínico</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>do quadro clínico</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fx. HLA</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF			
				29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016277881723			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE VALTH MENEZES GUIMARAES			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/04/2018		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Valth Menezes Guimarães Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 15.551/TEU</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA			
				41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR			
				49 - L.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

Handwritten notes, possibly a list or checklist, including phrases like "para a reunião", "para a reunião", "para a reunião", "para a reunião", "para a reunião".

Handwritten signature or initials.



Data da internação: 22/04/2018 Hora: 11:38:58

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1639803		
7 - CARTÃO DO SUS 705006610101650	8 - DATA DE NASCIMENTO 20/04/1987	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO	11 - TELEFONE DE CONTATO EG: 83 Nº DE TELEFONE: 987319939		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO FAZENDA SAO JOSE , 0 , CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Juarez Távora	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250760	15 - UF PB	16 - CEP 58387000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="text-align: center;"><i>sem no forte do ac. prof. dos 7 membros</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="text-align: center;"><i>pac. do ambulatório</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="text-align: center;"><i>Anamnesis + Ex. físico</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fx. platis fibia (D)</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016277881723	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016277881723
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE VALTH MENEZES GUIMARAES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/04/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <p style="text-align: center;"><i>Valth Menezes Guimaraes Ortopedia CREMEPE 16.551 / TEL 987319939</i></p>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Ficha de Acolhimento

Nome:	Mirlan Ramos do Nascimento Moura		
End:	Sítio Fazenda São José	Bairro:	Juaneze Tava
Data de Nascimento:	20.04.87	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	22.04.18
		Hora:	10:38
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

de moto

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Azul - atendimento ambulatorial

Ortopedia
Heda Helder S. Cavalcanti
ENFERMEIRA

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

22/04/2018

HTCG-Panel Administrativo



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1639767 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 22/04/2018
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 02 Atendente: Patricia Maria Gonçalves

PACIENTE: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA CEP:58387000 Nascimento:20/04/1987

Endereço:SITIO IAZENDA SAO JOSE Sexo:F Telefona: 987319939

Cidade: Juarez Távora Idade:031 Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO RG: 3257947 N°0

Responsável: CPF: 06861770450 Profissão:AGRICULTORA

Estado Civil:Casado(a) Data de Atomo:22/04/2018 CNS:705006610101650

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 10:43:19 CONVÊNIO:SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrisão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Degradação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Ematoma subcutâneo
- 10. Ematoma
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortisus
- 15. F. Corcane
- 16. F. Corco-contuso
- 17. F. Perfuro-contuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injúria tórax/Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendão
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encaixado
- 29. Otorragia
- 30. Paralisia
- 31. Parosia
- 32. Parosteia
- 33. Queimadura
- 34. Rinoorragia
- 35. Síndia de liquemia
- 36.

OBS:
QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ N° Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: fx. platis fibril (D)

EXAME PRIMÁRIO: RAIOS CLÍNICOS *Ortop*

ALERGIA: _____

MEDICAMENTOS: _____

PATOLOGIAS: _____

EXAME FÍSICO

PUPILAS: () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: _____ PA: _____ HGT: _____ SatO2: _____

intubação respiratória

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: _____

() Gasometria arterial () Radiografias: _____

() Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia: ____/____/____

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia: ____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: *Dr. Valdir Montenegro Guimarães*

http://10.1.1.148/projetohtcg/imp/urgencia.php?contar=1639767



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800035-73.2019.8.15.0031

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

ALAGOA GRANDE, 17 de janeiro de 2019.

Juiz(a) de Direito