

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00042.01.2019.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 01/10/2018

Hora: 19:19:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Gasparino Barreto, Rosa Cruz, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira

PARTE(S)

VITIMA
Nome: Josenildo Gonçalves de Lima

Conhecido por: Não informado

Filiação: Leonisa Maria de Lima e José Gonçalves da Silva

Idade: 47

Data de Nascimento: 10/05/1971

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Pintor

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 021.936.824-45

Endereço: Travessa Augusto Borborema, 36, Rosa Cruz, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira

Telefone: (83) 98685-7633

TESTEMUNHA
Nome: José de Andrade Barbosa

Conhecido por: Não informado

Filiação: Lindalava de Moraes e Manoel Barbosa Filho

Idade: 41

Data de Nascimento: 07/06/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Pedreiro

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 016.075.904-84

Endereço: Travessa Augusto Borborema, 636, Rosa Cruz, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira

Telefone: (83) 98869-6346

Procedimento Policial: 00042.01.2019.2.00.420

1/3



TESTEMUNHA

Nome: Dayane Siqueira de Andrade
Conhecido por: Não informado
Filiação: Cicera Nascimento Siqueira e José de Andrade Barbosa
Idade: 22 **Data de Nascimento:** 12/07/1996 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Autonoma
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 104.292.154-79
Endereço: Travessa Augusto Borborema, 36-H, Rosa Cruz, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira
Telefone: (83) 99369-8104

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo NXR 150 BROS ESD, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2008, placa MOD-3194, chassi 9C2KD03108R032075, renavam 0011694206-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ESD, Ano/Modelo 2008/2008, cor preta, Placa MOD-3194-PB, Chassi de Nº 9C2KD03108R032075, licenciada em nome de Claudio Batista dos Santos, quando trafegava na rua Gasparino Barreto, bairro Rosa Cruz, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado parado no meio da via, tendo o comunicante tentado desviar-se do mesmo, mas o retrovisor bateu na lateral da camioneta, tendo o comunicante caído ao solo e em seguida o condutor de outra camioneta que passava no local passou por cima da vítima, tendo este ficado com fratura do osso da perna direita e fratura da bacia e outras escoriações pelo corpo, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 00042.01.2019.2.00.420

2/3



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:24:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904261723121800000020271469>
Número do documento: 1904261723121800000020271469

Num. 20841382 - Pág. 2

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



Campina Grande/PB, 07 de fevereiro de 2019.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Jozenildo Gonçalves de Lima
JOZENILDO GONÇALVES DE LIMA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00042.01.2019.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:24:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617231218000000020271469>
Número do documento: 19042617231218000000020271469

Num. 20841382 - Pág. 3



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 1/10/2018	HORA: 19:19 HRS	ID Nº: 1728161
NOME: JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: GASPARINO BARRETO - ROSA CRUZ		
COMPLEMENTO: PRÓXIMO AO CENTRO DE MADEIRA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 29 de outubro de 2018.

Deoclecio F Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N.º 012650181933

39680328014
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA:	9011394206-1	DATA CADASTRO:	09/00000000
NOME/ENDEREÇO:			
CLAUDIO BATISTA DOS SANTOS			
R J WALTER MENDONÇA, 342			
SANTA CRUZ			
50100006 CAMPINA GRANDE-PB			
TIPO:	02369695413	PLACA:	M03194/PB
CARACTERÍSTICAS:			
NOVO	PB	PLACAMENTO:	CHASSI:
9C2KD03188R932075			
ESPECIE TIPO:	COMBUSTÍVEL:		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO:	ANO FAB./ANO MOD.		
HONDA/NXR150 BRG3 ESD		2008	2008
CAP/POCI/CL:	CATEGORIA:	COR PREDOMINANTE:	
2 P/149 /GT	PARTIC	PRETA	
OBSERVAÇÕES:			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
Nº Motor : KD03E18032075		DATA	
32075		14/05/2016	
CAMPINA GRANDE-PB 1431480			



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:24:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617232534500000020271477>
 Número do documento: 19042617232534500000020271477

Num. 20841390 - Pág. 1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudia Batista dos Santos,
RG nº 194.209.8, data de expedição 09/106/14,
Órgão PB, portador do CPF nº 023.646.959-74, com
domicílio na cidade de Campina Grande no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
José Lúcio Walter Mendes, nº 342,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josonildo Gonçalves do Limeira, cujo o condutor era
Josonildo Gonçalves de Limeira.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NX R 750 Bros ESD
Ano: 2008
Placa: MOD 3799/PB
Chassi: 9C2KD03708R032075
Data do Acidente: 03/11/2018
Local e Data: 20 de novembro de 2018

5º Ofício

Claudia Batista dos Santos

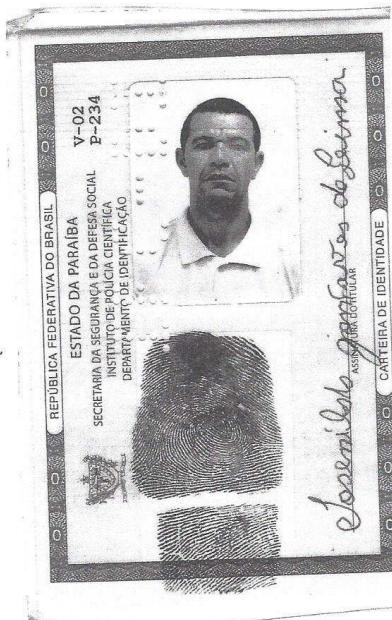
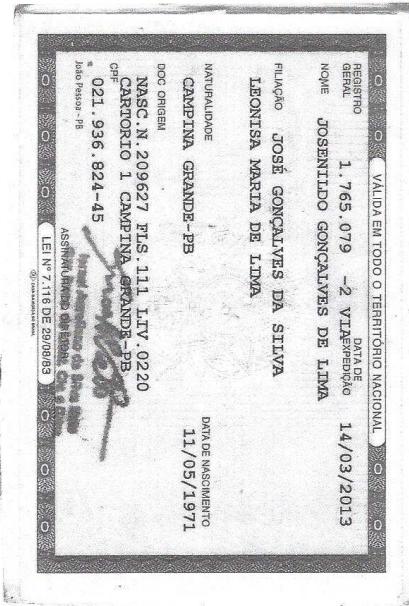
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:24:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617232534500000020271477>
Número do documento: 19042617232534500000020271477

Num. 20841390 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:24:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617233253000000020271482>
Número do documento: 19042617233253000000020271482

Num. 20841395 - Pág. 1

MARIA SOLANGE FARIAS DA SILVA
 TV AUGUSTO BORGES, 39/A - CRUZEIRO
 CAMPINA GRANDE/PB CEP 58415-373 (AG. 401)
 Emissao: 26/09/2018 Referencia Set/2018
 Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
 Endereço: Rua Augusto Borges, 39 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58422-700
 N° medidor: C1059874238
 CNPJ:08.826.598/0001-35 Insc Est: 16.003.839-700

energisa
 ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Clube/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
 Endereço: Rua Augusto Borges, 39 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58422-700
 N° medidor: C1059874238
 CNPJ:08.826.598/0001-35 Insc Est: 16.003.839-700

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°001.998.531
 Cód. para Dth. Autêntico: 00009947438

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	28/09/2018	31/10/2018	526.759.554-34 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 4/64743-8
Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
30/09/18	14192	28/09/18	14207	1 15 29

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base Calc.	Amts	Icms(R\$)	Base Calc.	Fe(R\$)	Cofins(R\$)
Tributos Totais(R\$) ICMs(R\$) ICMS									
0801	Custo de Disponibilidaoo	18,81	0,00	0	0,00	18,81	0,11	0,83	
0801	Adic B. Vermelho	1,58	,00	0	0,00	1,58	0,01	0,05	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0803	CUSTO DE REUSSACAO NORMAL 09/2018	2,28	0,00	0	0,00	2,28	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 02/2018	0,37	0,00	0	0,00	0,37	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 07/2018	0,24	0,00	0	0,00	0,24	0,00	0,00	
0805	MULTA 07/2018	0,11	0,00	0	0,00	0,11	0,00	0,00	
0805	MULTA 02/2018	0,39	0,00	0	0,00	0,39	0,00	0,00	
0809	DEBITO COMPENSACAO 09/2018	9,12	0,00	0	0,00	9,12	0,00	0,00	
0809	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/2018	0,34	0,00	0	0,00	0,34	0,00	0,00	
0809	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 07/2018	0,18	0,00	0	0,00	0,18	0,00	0,00	

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 30,12 0,00 0,00 17,17 0,12 0,68
 Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
 18 05/10/2018 R\$ 30,12
 Histórico de Consumo (kWh)

12	8	17	0	28	11	19	15	12	1	0	29	18
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/17	Jan/19	Feb/18	Mar/18	Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	

RESERVADO AO FISCO
ce1d.6222.f5f1.2998.03b1.d6eb.9c08.9899.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190169433 Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Data do Acidente: 01/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00763/00764 - carta_04 - INVALIDEZ

00070382

Carta nº 14062969



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617233850400000020271486>
Número do documento: 19042617233850400000020271486

Num. 20841399 - Pág. 1



Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: sicadvocacia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA, brasileiro, casado, desempregado, com cédula de identidade nº: 1.765.079 SSP/PB e CPF sob nº 021.936.824-45, residente e domiciliado na Rua Tv. Augusto Borborema, 30/A, Cruzeiro, Campina Grande/PB, CEP: 58415378

OUTORGADOS: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES, OAB/PB nº 18.251, JOSÉ LEANDRO OLIVEIRA TORRES, OAB/PB nº 18.368, MARLLON LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485 com escritório profissional na Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB;

PODERES: Atraves do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTES nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedencia do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais e órgãos da administração publica direta e indireta, praticar quaisquer instancias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Campina Grande/PB, 28 de março de 2019.

josenildo gonçalves de lima
OUTORGANTE





Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stcadvocacia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, **JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA**, brasileiro, casado, desempregado, com cédula de identidade nº: 1.765.079 SSP/PB e CPF sob nº 021.936.824-45, residente e domiciliado na Rua Tv. Augusto Borborema, 30/A, Cruzeiro, Campina Grande/PB, CEP: 58415378, brasileiro, casado, desempregado, com cédula de identidade nº: 1.765.079 SSP/PB e CPF sob nº 021.936.824-45, residente e domiciliado na Rua Tv. Augusto Borborema, 30/A, Cruzeiro, Campina Grande/PB, CEP: 58415378; **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande/PB, 01 de abril de 2019.

Josenildo gonçalves de lima
JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617234508500000020271491>
Número do documento: 19042617234508500000020271491

Num. 20841404 - Pág. 2

ORTOPEDIA 1

Nº PRONTUÁRIO: 1745550
LEITO 2-3
JOSENILDO GONÇALVES

FX OSSOS PERNAS

LEITO 2-3

22\10

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPRORNA 1G + ABD EV 5/6H
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ
- 8 TYLEX 30MG VO 8/8H
- 9 FISIOTERAPIA
- 10 FISIOMOTORIA
- 11 SSVW+CCGG
- 12 CLEXANE 40MG SC AS 20H
- 13 Rotina Fisiofis
in sede ou hospital

TO 24-12

Exame muscular parado

Co : Acto e horário t-

1
6-Dr. Euler Fabrício A. Júnior
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 22.727Dr. Euler Fabrício A. Júnior
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 22.727

1. Votos favoráveis
12. Encerrado - Votação concluída

2. Votos contrários
3. Votos nulos
4. Votos suspeitos

5. Votos abstenções
6. Votos de rejeição

7. Votos de rejeição com voto de protesto

8. Votos de protesto

9. Votos de protesto com voto de rejeição

10. Votos de protesto e rejeição

11. Votos de protesto e rejeição com voto de rejeição

12. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto

13. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

14. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto

15. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

16. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto

17. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

18. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto

19. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

20. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto

1. Votos favoráveis
12. Encerrado - Votação concluída

2. Votos contrários
3. Votos nulos
4. Votos suspeitos

5. Votos abstenções
6. Votos de rejeição

7. Votos de rejeição com voto de protesto

8. Votos de protesto

9. Votos de protesto com voto de rejeição

10. Votos de protesto e rejeição

11. Votos de protesto e rejeição com voto de rejeição

12. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto

13. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

14. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto

15. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

16. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto

17. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

18. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto

19. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto e rejeição

20. Votos de protesto e rejeição com voto de protesto

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03

FELICIANO
WAGNER RIBEIRO SALES

ORTOPÉDIA

LEITO 2-3 N° PRONTO-SOCIAL: 1743550
JOSENILDO GONÇALVES

FX OSSOS PERNAS

LEITO 2-3

- 22\10
- 1 DIETA LIVRE
 - 2 JELCO SAÚNIZADO
 - 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
 - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
 - 5 TRAMAL 100mg + SFU,9% 100ml EV 8/8H SN
 - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
 - 7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ
 - 8 TREL 30MG VO 8\8H
 - 10 FISIOMOTORA
 - 11 SSVV-H-CCGG
 - 12 CLEXANE 40MG SC LS 20H

Dr. Euler Ribeiro A. CRK
Médico Ortopedista
CRM-RJ 11.000



ORTOPEDIA 1

LEITO 2-3
Nº PRONTUÁRIO: 1745550

JOSENILDO GONÇALVES

FX OSSOS PERNAS

LEITO 2-3

Rx: 500mg em 2 doses/dia

CD: Vm

1

Dr. Luiz Fernando A. Cruz
União Hospitalar
CRM-PB 3307

- 21\10
- 1 DIETA LIVRE
 - 2 JELCO SALINIZADO
 - 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H *✓x 18 ✓x 18*
 - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
 - 5 TRAMAL 100mg + 50,9% 100ml EV 8/8H SN
 - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
 - 7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ *✓x 18 ✓x 18*
 - 8 TYLEX 30MG VO 8AH *✓x 18 ✓x 18*
 - 9 FISIO MOTORA
 - 10 FISIO MOTORA
 - 11 SSW+CCGG
 - 12 CLEXANE 40MG SC AS 20H *✓x 18 ✓x 18 ✓x 18*
 - 13 Cloridr 600mg 6668 *✓x 18 ✓x 18 ✓x 18*
 - 14 Glucos 80mg N *✓x 18 ✓x 18 ✓x 18*

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
União Hospitalar
CRM-PB 5007





AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligosintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--|---|---|
| { <input type="checkbox"/> } Cefaléia | { <input type="checkbox"/> } Tontura | { <input type="checkbox"/> } Sincopse |
| { <input type="checkbox"/> } Dispnéia de esforço | { <input type="checkbox"/> } Grande | { <input type="checkbox"/> } Pequena |
| { <input type="checkbox"/> } Palpitações | { <input type="checkbox"/> } Média | { <input type="checkbox"/> } Ortopneia |
| { <input type="checkbox"/> } Dor Precordial | { <input type="checkbox"/> } Tosse Seca | { <input type="checkbox"/> } Expectoração |
| Relacionada (<input type="checkbox"/>) Esforço | { <input type="checkbox"/> } Típica | { <input type="checkbox"/> } Atípica |
| | { <input type="checkbox"/> } Emoções | { <input type="checkbox"/> } Frio |
| | | { <input type="checkbox"/> } Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| { <input type="checkbox"/> } Hipertensão Arterial Sistêmica | { <input type="checkbox"/> } Hipertensão Pulmonar | { <input type="checkbox"/> } DPOC | { <input type="checkbox"/> } Outros |
| { <input type="checkbox"/> } Diabetes Mellitus | { <input type="checkbox"/> } Insuf. Cardíaca Congestiva | { <input type="checkbox"/> } Insuficiência Coronariana | |
| { <input type="checkbox"/> } Arritmias | { <input type="checkbox"/> } insuf. Renal | { <input type="checkbox"/> } Aguda | { <input type="checkbox"/> } Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|--|
| { <input type="checkbox"/> } Alergia a Medicamentos: _____ | { <input type="checkbox"/> } Tabagismo: _____ |
| { <input type="checkbox"/> } Etilismo: _____ | { <input type="checkbox"/> } Sedentarismo: _____ |
| { <input type="checkbox"/> } Dislipidemia: _____ | { <input type="checkbox"/> } Outros: _____ |
| { <input type="checkbox"/> } Cirúrgico: _____ | |

Medicamentos em uso: () Não () Sim: _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: 21/10/18 Pausa respiratória e sopro estertores

08:00-14:00 em am EGR e Táxi aeroporto

Abdômen - Comentários: P1 = 120/80 mmHg pulso lento e regular, membrana peritoneal

80/60 mmHg abdome regular e macio

Membros Inferiores - Comentários: SRY ótimo membro

5 - E.C.G.: 78

Ex. Laboratoriais: 08

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- () Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
- () Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
- () Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
- () Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: 21/10/18 Balanço glicêmico excedendo 200 mg/dL

20:00-14:00 na EGR e Táxi aeroporto

MCN 14 P.A. = 130/80 mmHg ótimo membro Ass. do Médico

Anderson L. de M. Silva

Téc. de Enfermagem

COREN-PB 662.210



ORTOPEDIA 1

Nº PRONTUÁRIO: 1745550
LEITO 2-3
JOSENILDO GONÇALVES

FX OSSOS PERNAS

LEITO 2-3

20\10 1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

5 TRAMAL 100mg + SOD, 5% 100mL EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ

8 TYLEX 30MG VO 8/8H

9 FISIO MOTORA

11 SSVW+CCGG

12 CLEXANE 40MG SC AS 20H

13 Colanda 600 668

14 Grax 80 10 818

15 Potriate de ferro

Dr. Wagner Ribeiro A. Lima
DR. ORTOPEDICO - TRAUMATOLOGA
CRM-PB 5907

Dr. Wagner Ribeiro A. Lima
DR. ORTOPEDICO - TRAUMATOLOGA
CRM-PB 5907



26.10.18 Pá:100x60

C.A. Conselho entre e sentenciados
que estavam presos e sentenciados
questionou e quem apurava m.c.p.m.
que sentenciados de romancagem

Daniel Júlio de Araújo
COREP DB 1248611-TE

26.10.18 2018 PA: Nov 30/19 Anexo
Por mim Belo, segue sem prejuizo
intencionais, mais p/ m.

Valéria

2018 Cód. aberto em 01/08/2018
Pá: 81 C 08 dupl. 1



ORTOPEDIA 1
LEITO 2-3 N° PRONTUÁRIO: 1745550
JOSENILDO GONÇALVES

- 19\10 1 DIETA LIVRE
2 JELCO SALINIZADO
3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H ~~18/28 24/26~~
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h 5N
5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H 5N
6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 5N
7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ ~~26~~
8 TYLEX 30MG VO 8/8H ~~11/28/26~~
10 FISIO MOTORA
11 SSVV+CCGG
12 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H ~~28~~
13 Clindo 600 ~~10 6/6H 24/28 24/26~~
14 Genc 80mg ~~W 8/8H ① ② ③ ④~~

Dr. Euler Fabrício A. Friz
DR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8507

FX OSSOS PERNAS

LEITO 2-3

B6, estabil, sem edema
e os. Vm

1
6

Dr. Euler Fabrício A. Friz
DR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8507

19120-^a Inocerder acesso ilícito para eletrônico, segue
o de trudicade censurado publicado na:
PA: 110x30 mmHg. Cálculo na
área de PA: 100x60 mmHg. Cálculo na

19120-^a Inocerder acesso ilícito para eletrônico, segue
o de trudicade censurado publicado na:
PA: 110x30 mmHg. Cálculo na
área de PA: 100x60 mmHg. Cálculo na



ORTOPEDIA 1
LEITO 2-3 N° PRONTUÁRIO: 1745550
JOSENILDO GONÇALVES

- 18\10 1 DIETA LIVRE
2 JELCO SALINIZADO
3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H ✓ 18 24 96
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN
6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ ✓ 14 22 96
8 TYLEX 30MG VO 8\8H
10 FISIO MOTORA
11 SSVV+CCGG
* 12 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H ✓ 20
D2/10 13 Cerde 600 - IV 6/68 ✓ 18 24 96
14 gente 8 mg w 8/89 (1) (2) (0) (0)
15 FALTA

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-PB 9907

FX OSSOS Perna

LEITO 2-3

B6. ótimo, nem intercorrências

CB: VPA

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGA
CRM-PB 9907



18-10-2018

146 x 36⁵⁰ 100x80

Paciente mantendo feto
realinhado, medicado conforme
prescrição médica, o mesmo
aguarda procedimento cirúrgico.

Kilda Silvana Cavalcante Figueiredo
COREN-PB 17.451-TE

18/10/18
03 20:00hs
PA: 100x40

Paciente segue aos
níveis da enfer-
magem. m.c.p.m

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 17.451-TE

18/10/18 03 20:00hs
PA: 100x40



ORTOPEDIA 1
LEITO 2-3 N° PRONTUÁRIO: 1745550
JOSENILDO GONÇALVES

- 17\10 1 DIETA LIVRE *SND* ✓
2 JELCO SALINIZADO *Mantir* ✓
3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6h ✓
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h *SND* ✓
5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H *SND* ✓
6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H *SND* ✓
7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ ✓
8 TYLEX 30MG VO 8/8H *SIN* ✓
10 FISIO MOTORA *Cte* ✓
11 SSVV+CCGG *N/T* ✓
12 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H ✓

Dr. Euler Patrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB: 9507

PE - FX OSSOS PERNAS
px osteóclise

LEITO 2-3

BEG, *gárgula*, *sem infecções*
ex: urin

Dr. Euler Patrício A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB: 9507

17/10/19
PA: 100x60
130x70



**GOVERNO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DA PARAÍBA Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligosintomática

SINTOMAS:

(<input type="checkbox"/>) Cefaléia	(<input type="checkbox"/>) Tontura	(<input type="checkbox"/>) Síncope
(<input type="checkbox"/>) Dispnéia de esforço	(<input type="checkbox"/>) Grande	(<input type="checkbox"/>) Pequena
(<input type="checkbox"/>) Palpitações	(<input type="checkbox"/>) Média	(<input type="checkbox"/>) Orthopneia
(<input type="checkbox"/>) Dor Precordial	(<input type="checkbox"/>) Tosse Seca	(<input type="checkbox"/>) Expectoração
Relacionada (<input type="checkbox"/>) Esforço	(<input type="checkbox"/>) Típica	(<input type="checkbox"/>) Atípica
	(<input type="checkbox"/>) Emoções (<input type="checkbox"/>) Frio	(<input type="checkbox"/>) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(<input type="checkbox"/>) Hipertensão Arterial Sistêmica	(<input type="checkbox"/>) Hipertensão Pulmonar	(<input type="checkbox"/>) DPOC	(<input type="checkbox"/>) Outros
(<input type="checkbox"/>) Diabetes Mellitus	(<input type="checkbox"/>) Insut. Cardíaca Congestiva	(<input type="checkbox"/>) Insuficiência Coronariana	
(<input type="checkbox"/>) Arritmias	(<input type="checkbox"/>) Insuf. Renal	(<input type="checkbox"/>) Aguda	(<input type="checkbox"/>) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

(<input type="checkbox"/>) Alergia a Medicamentos: _____	(<input type="checkbox"/>) Tabagismo
(<input type="checkbox"/>) Etilismo	(<input type="checkbox"/>) Sedentarismo
(<input type="checkbox"/>) Dislipidemia	(<input type="checkbox"/>) Outros
(<input type="checkbox"/>) Cirúrgico: _____	

Medicamentos em uso () Não () Sim: _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: _____

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



6.10.18

PA: 190/80 Pet. Segue aos
Juizados Seis autos
em trâmite -

Lançamento
GSQ 14

Assinado por
Wagner Luiz Ribeiro Sales

22
Pet. Novo do Amorim consequente
orientado aos cuidados de enfermagem
e assistência.

22.10.18

22.10.18
Assinado

12.10.18
Assinado

Reincidente queixas
envidades da expe-
riência: psic.

Maria Cavalcante Falcão
DEN-PB 177.451-TE



8 - 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fx. onco penic

Paciente: **José muelo Gencorras**

Alojamento: **8** Leito **2** Convênio + Acetabulo

Data Prescrição Médica Horário Evolução Médica

15/10
1. Dieta *lata*
2. SRL 1500ml EV/24h
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Clexane 40mg SC/dia
9. SSW + CCGG

AD
EV
18
18
18
18
18
18
18
18

Cd VPM

Ananda cruxic

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGO
CRM - PB 9562

mm
Joaquim Francisco



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617235191100000020271495>
Número do documento: 19042617235191100000020271495

Num. 20841408 - Pág. 17

FX OSSOS PERNAS + ACETABULO E

JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA, 47

8.2

- 14/10
- 1 DIETA LIVRE *xt*
 - 2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H *xt*
 - 3 DIPIRONA 2ML EV 5/6H *xt*
 - 4 OMEGRAZOL 40MG EV JEJUM *xt*
 - 5 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N *xt*
 - 6 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N *xt*
 - 7 CLEXANE 40MG SC 1xDIA *xt*
 - 8 CURATIVO *xt*
 - 9 SSW + CCGG *xt*

BEG, Estabil., 5/1 d'fermos

Dinner *t* evac *t*

ad: VPM

Requintada cirurgia

Dr. Wavy Paiva
ORTOPEDIA
CRM-PR 10.887



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

ORTOPEDIA 2

8.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

EX OSSOS PERNAS E + ACETABULO E

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 8833 / CRM-FN 222

— 1 —



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617235191100000020271495>
Número do documento: 19042617235191100000020271495

Núm. 20841408 - Pág. 19

PA 14x84 EC 83, Pact concordado, orientado, a comando. Recalizado
18/07/2018 com o Mr. M.I. Ofício de magistrado
Mecânico, apresentando recolhimento
novo pagamento. Segue aos
endereços daquela - Administrador
520127

14 PA 14x84 EC 83, Pact concordado, orientado, a comando. Recalizado
18/07/2018 com o Mr. M.I. Ofício de magistrado
Mecânico, apresentando recolhimento
novo pagamento. Segue aos
endereços daquela - Administrador
520127



۱۰۷

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

27

6
DIAGNÓSTICO

Ajustamento: Léto Convenio



12/10/18 16:55 PA 152x98 pubo 88 anexo 12-10

falo vivo

to - 3

falo sinal vital
foi medicado

(M)

110100
coron
304 358

03/10/2018
304 358





-8-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

(b)





Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617235191100000020271495>
Número do documento: 19042617235191100000020271495

Num. 20841408 - Pág. 24



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904261723519110000020271495>
Número do documento: 1904261723519110000020271495

Núm. 20841408 - Pág. 25

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617235191100000020271495>
Número do documento: 19042617235191100000020271495

Num. 20841408 - Pág. 26

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Pai: J. 36 90
Maria Jose da Silva FRANCIA
COREN-PB 542016-TE

2018

00100
J. 36 90
Maria Jose da Silva FRANCIA
COREN-PB 542016-TE

J.



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617235191100000020271495>
Número do documento: 19042617235191100000020271495

Num. 20841408 - Pág. 28

82
OK

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento:
Leito | Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. Dieta	Cx	X	07 DPO
2. SRL 1500ml EV/24h	SIN	X	
3. Dipirona 02ML + AD EV 05/06h	SIN	X	
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	SIN	X	
5. Omeprazol 40mg EV/jejum	SIN	X	
6. Tramal 100mg + 100ml SE 0,9% EV 8/8h SN	SIN	X	
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SIN	X	
8. Clexane 40mg SC/dia	Cx	X	
9. SSW + CCGG	Cx	X	
<i>Edimil Soares de Araújo ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGA CRM-PB: 8800 TEOT: 11502</i>			



20260-190

23



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617235191100000020271495>
Número do documento: 19042617235191100000020271495

Num. 20841408 - Pág. 30



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

PEDIA, 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

JOSENILDO GONCALVES DE LIMA, 47

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento	Leito	Convênio
7/10/2018	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	rt	Horário	Evolução Médica
D 4	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	12:00	18:00	
D 6	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1xDIA LENTO	12:00	18:00	
	5 DIPIRONA 2ML EV 6/6H	12:00	18:00	
	6 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	12:00	18:00	BEG estavel sem intercorrências
	7 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N	12:00	18:00	
	8 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N	12:00	18:00	
	9 CLEXANE 40MG SC 1xDIA	12:00	18:00	# CD: VPM
	10 CURATIVO	rt	rt	
	11 SSVV + CCGG	rt	rt	
				Dr. Julio Cesar de Oliveira Cirurgião-Dentista CRM-SP 13.000.000



D. J. S. C. 2010



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:03
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904261723519110000020271495>
Número do documento: 1904261723519110000020271495

Núm. 20841408 - Pág. 31



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Evolução Psicológica

Name: _____

Setor: _____ — **Lelito:** _____



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO



90/10
S. P. E.
R. S.
A. S.
E. G.
L. S.
P. W.
G. O.
G. G.
B. B.
(P. S.)
(P. S.)



8.2

DIAGNÓSTICO

582 - 332

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Joséaldo			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta	lata	10h	
2. SRL 1500ml EV/24h		12/13/14/15/16	4.0P0
3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		12/13/14/15/16	
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		12/13/14/15/16	
5. Omeprazol 40mg EV/jejum		12/13/14/15/16	
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		12/13/14/15/16	
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN		12/13/14/15/16	
8. Clexane 40mg SC/dia		12/13/14/15/16	
9. SSVV + ECGG		12/13/14/15/16	
Clínica 600-4111 6665		12/13/14/15/16	
Gurja 240-9111		12/13/14/15/16	
CHAMADA		12/13/14/15/16	
02 c. Hemiva 11 am		12/13/14/15/16	
UNIDADES HEMOCO DATA 5/10/19 ADOBR	1	UNIDADES HEMOCO DATA 5/10/19 ADOBR	2
DOADOR: 14.05.18.09.150.23 C+		DOADOR: 14.05.18.09.150.39 C+	
INÍCIO: 13:55 VOLUME: 278ml		INÍCIO: 18:30 VOLUME: 300	
PA: PULSO: TEMP:		PA: PULSO: TEMP:	
TERMINO: RESPONSÁVEL: X		TERMINO: RESPONSÁVEL: X	
PA: PULSO: TEMP:		PA: PULSO: TEMP:	



objeto
de
investigação

Comissão
de
Investigação
da
Operação
Carne
Sobrada

05 C - Filadélfia - RJ Série

44

8





GOVERNO
DA PARAÍBA

REGISTRO TRANSFUSIONAL

NOME DO PACIENTE José Ribeiro Correia de Lima

PRONTUÁRIO 1745465

DATA DE NASC. 11/05/71 G.S/Rh O+

SETOR: Odontologia SI ENF: 8 LEITO: 2

LEGENDA: CH- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

OBSERVAÇÃO:

/ PE- PLASMA FRESCO/

CP- CONCENTRADO DE PLAQUETAS/

CR-CRIOPRECIPITADO

/PC- PROVA CRUZADA/PAI- PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES/

CD-COOMBS DIRETO.

RESPONSÁVEL: Edson Flávio Lemos



8.2.00

DIAGNÓSTICO

Paciente:

J.S.M. do

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Alojamento:

Leito

Convenio

</

chamada
para

reunião de
reunião
de reunião

N

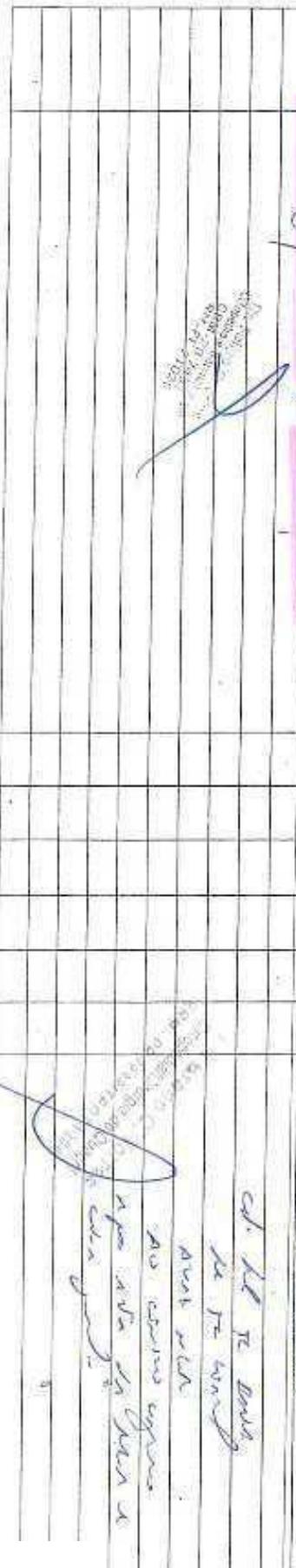
58



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPEITAL DE EMERGÊNCIA

四

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

First opinion 5-1-10
First visit 10-1-10





卷之三

卷之三

卷之三

15. Grano C. /
Cerro de la Torre
Querétaro, México



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que _____

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

DIAGNÓSTICO CID _____

Campina Grande, _____ / ____ / _____

Assinatura do Médico - CRM Nº _____

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josénilde Gonçalves de Lima | Registro: _____ | Leito: 2-3 | Setor Atual: Ortop. I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: ____ °C; P: ____ bpm; FR: 20 lpm; PA: ____ mmHg; FC: 53 bpm; SPO₂: 97 %
HGT: ____ mg/dl; Peso: ____ Kg; Altura: ____ cm | Dor: () Local: HCD | Obs.: Não tem dor

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: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia | Local: Facial e MBDLinguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () 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: () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispnéia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuídos 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.

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? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: ASD, Data da punção: 29/10/2016	
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 () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotônico () 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 () Hematuria () SVD: Débito ml/h.	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Clanótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: M/15 Curativo em: 20/10/2016	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: () Ansiedade () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. 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. () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
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	
Facilitei idosa saudável e comentei - submeteu ao procedimento cirúrgico hoje. Ela respondeu seu nome - se descreveu - ministro religioso no mês.	
Raimunda Helena do Amaral S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PR 456559	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Raimunda Helena do Amaral S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PR 456559	
DATA: 20/10/2016 HORA: 16h30 h	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José milto Gonçalves de Lima* | Registro: | Leito: 2 - 3 | Setor Atual: ORT 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HT: 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: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade 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 n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O() Eupnéia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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.

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 () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção <u>16/10/18</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 () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão () 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 () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cyanótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Umidas () 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: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (<input checked="" type="checkbox"/>) 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:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>- Paciente com dor e peso no M.I.D, cinturão na perna D.</p> <p>- Paciente que se sente sobre a cintura com peso, a frente dor é muito incômodo.</p>	
<p>Maria do Socorro de Melo COREN-RP 241.221-ENF</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA <u>18/10/18</u> HORA: _____ h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José Melo Gonçalves de Lima* | Registro: | Leito: *2-3* | Setor Atual: *O.R./Op. I*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *36,7 °C*; P: *72 bpm*; FR: *24 rpm*; PA: *140/80 mmHg*; FC: *80 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: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasFibilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: *M.I.D.*

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMINI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () 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:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cholo.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: M.S.E Data da punção 16/10/18	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____	Curativo em: ____/____/____
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo; <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Mariella Barreto Santos</i> <i>Enfermeira</i> <i>CRN: 521.733</i></p> <p>FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).</p>	



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joséwila Gonçalves de Lima | Registro: _____ | Leito: 1-2 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 34,4 °C; P: 14 bpm; FR: 44 rpm; PA: 120x80 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/Analgesia): _____

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: _____

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfásia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

Eupnônia; Taquipnênia Bradipnênia 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: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



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: ()	Precordialgia ()
Drogas vasoativas: () Quais?	Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Enquadrado. Data da punção: 29 / 10 / 19
Edema: () MMSS () MMII () Faco () Anasarca. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido () Emagrecido () Caquélico () Obeso.	Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) JVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: _____/_____/_____	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa () Incompleta () Prótese.	Alterações: () Inapelência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	INTTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Hipocorada () 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: () 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	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (<input checked="" type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações: D...	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>Presente risco de incerteza estabelecida, comete e procura, rompendo, a prece, hipocrisia, nominalismo. Da mesma forma, evita a certeza, eliminando o risco e o risco de prever. Restrito ao leito, TVP e MHE, sono interrompido (sic). Higienização antifúngica. Realizado enxertos de Enzymogram, realizada as reuniões da equipe.</p> <p style="text-align: right;">An. de Enzymogram, uniforiz., Daniela Nogueira de Melo</p>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Emerson Tiago da S. Alves		
DATA: 29 / 10 / 19 HORA: 09:40 h		
ENFERMEIRO CORES 13488.128		

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Caixa de dados por malo de grupo focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josénilde Gonçalves de Lima | Registro: _____ | Leito: 2 | Setor Atual: _____

Sexo: F

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 72 bpm; FR: 22 irpm; PA: 130x90 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor: (0/10) 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): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () 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

() Eupnêia: () Taquipnêia () Bradipnêia () 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: 1/1 Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO₂ _____ PO₂ _____ HCO₃ _____ EB _____ SpO₂ _____ Data: 1/1/19 Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Aquecida)	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/> Ritmica) (<input type="checkbox"/> Arritmica) (<input type="checkbox"/> Sopro) (<input type="checkbox"/> Outro: Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico) (<input type="checkbox"/> Central) (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSC Data da punção: 21/10/18	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/> Face (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido) (<input type="checkbox"/> Emagrecido) (<input type="checkbox"/> Caquético) (<input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO) (<input type="checkbox"/> SNG) (<input type="checkbox"/> SNE) (<input type="checkbox"/> Gastronomia) (<input type="checkbox"/> Jejunostomia) (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/> Pirose (<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão) (<input type="checkbox"/> Distendido) (<input type="checkbox"/> Tenso) (<input type="checkbox"/> Ascítico) (<input type="checkbox"/> Outros: _____	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos) (<input type="checkbox"/> Ausentes) (<input type="checkbox"/> Diminuídos) (<input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal) (<input type="checkbox"/> Líquida) (<input type="checkbox"/> Constipado há — dias) (<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) (<input type="checkbox"/> Retenção) (<input type="checkbox"/> Incontinência) (<input type="checkbox"/> Hematuria) (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: _____ (<input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra) (<input type="checkbox"/> Ressecada) (<input type="checkbox"/> Equimoses) (<input type="checkbox"/> Hematomas) (<input type="checkbox"/> Escoavações) (<input type="checkbox"/> Outro: _____	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Ictérica) (<input type="checkbox"/> Cianótica) Turgor da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas) (<input type="checkbox"/> Secas) Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/> Dependente) (<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória) Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória)	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/> Acamado) (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas) (<input type="checkbox"/> Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado) (<input type="checkbox"/> Insônia) (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia) (<input checked="" type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: <i>deus na bala</i>	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada) (<input type="checkbox"/> Prejudicada) Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo) (<input type="checkbox"/> Medo:	
(<input type="checkbox"/> Ansiedade) (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita) (<input type="checkbox"/> Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente evoluí clínicamente estável, consciente orientado, mantém memória recente normotáctica. Taquipneico. Respiração espontânea, via acústica oral, eliminações vesicais e rectais normais, preservada, justificadas. ACP em MSF, urinária sem prejuízo. Higiene preservada. Realizado os cuidados de higiene vaginal, seguindo auxílio da equipe. Ac. de Emergência Unipessoal. Amando. Colabora com clínica.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ Emerson Teixeira de S. Alves DATA: 08/10/2018 HORA: 09:30 h	
Assinatura: Emerson Teixeira de S. Alves CRM-PB 488.128	

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



paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data:
DIAGNÓSTICO			
	FACTORES RELACIONADOS PÁTRIMONIO DE RISCO		
1 Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()
	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()	Outro ()
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	
	Fatores psicológicos ()	Outro ()	
3 Déficit no auto cuidado para banho	Prajudizo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()
	Ansiedade ()	Outro ()	
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()		
	Outros ()		
5 Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()
	Aumento da taxa metabólica ()	Outro ()	
6 Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()	
	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()
7 Mobilitade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular ()
	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()
	Obesidade ()	Outro ()	
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascoite ()	Queimaduras ()	Vômito ()
	Drenos ()	Outros ()	Diarréia ()
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()	
	Procedimentos invasivos ()	Outro ()	
11 Risco de queda	Mobilitade física prejudicada ()		Medicações ()
	Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()	
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()	Mudança do padrão normal do sono ()
	Ruído ()	Imobilização física ()	Outro ()
13 Outro			
14 Outro			



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓) Avaliar distensão e bactérias. ✓) Estimular a ingestão de alimentação balanceada a não irritante. ✓) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência etc ou outros). ✓) Atentar glicemia capilar, anotar e mediciar CPM. ✓) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (especto, frequência e quantidade). ✓) Observar e comunicar dificuldades alimentares. ✓) Encaminhar ao banho de chuveiro. ✓) Realizar banho no leito (SIN) com lavagem do cabelo e couro cabeludo. ✓) Explorar ao paciente as possíveis causas da dor. ✓) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável. ✓) Avaliar características, intensidade e local da dor. ✓) Avaliar alterações de sinal vital. ✓) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação. ✓) Após administrar medicamentos antitóxicos, avaliar e registrar os resultados. ✓) Incentivar a ingestão de líquidos. ✓) Observar reações de desorientação/conflusão. ✓) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. ✓) Analisar condições do curativo. ✓) Orientar e estimular a hidratação da pele. ✓) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriadamente. ✓) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%. ✓) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura). ✓) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, escrana, pulso e frequência cardíaca). ✓) Realizar balanço hídrico. ✓) Observar o local da ferida queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos. ✓) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. ✓) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. ✓) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos. ✓) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência). ✓) Manter as grades do leito elevadas. ✓) Cobrir o paciente quando necessário. ✓) Manter ambiente calmo e tranquilo. ✓) Orientar repouso no leito. 	<ul style="list-style-type: none"> (✓) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada. (✓) Melhora a acoliação alimentar. (✓) Manutenção da glicemia estável. (✓) Auxílio diário às necessidades de higiene. (✓) Controle da dor (melhorada / ausente). (✓) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos. (✓) Melhora da integridade da pele. (✓) Diminuição do risco de lesão. (✓) Mobilidade física melhorada/eficaz. (✓) Melhora da perfusão tissular. (✓) Padrão respiratório eficaz. (✓) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído. (✓) Diminuir o risco de infecção. (✓) Diminuir o risco de queda. (✓) Melhora do padrão do sono. (✓) Outros (✓) Outros
<p style="text-align: right;"><i>Assinatura:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CPM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CRM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Outros:</i></p>	<p style="text-align: right;"><i>Assinatura:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CPM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CRM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Outros:</i></p>
<p style="text-align: right;"><i>Assinatura:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CPM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CRM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Outros:</i></p>	<p style="text-align: right;"><i>Assinatura:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CPM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CRM:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Outros:</i></p>





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Policlínica
Nome: Josenildo Gonçalves da S. | Registro: | Leito: 8-2 | Setor Atual: Orto II
Idade: 47 anos

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,4 °C; P: bpm; FR: 13 ipm; PA: 120x80mmHg; FC: 85 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: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

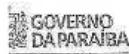
P脉: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Aquecida).	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>)>3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/> Quais?) <input type="checkbox"/> Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica) (<input type="checkbox"/> Arritmica) (<input type="checkbox"/> Sopro) (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/> Transitório) (<input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico) (<input type="checkbox"/> Central) (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: NSD) Data da punção: 08 / 10 / 18	
Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS) (<input type="checkbox"/> MMII) (<input type="checkbox"/> Face) (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input type="checkbox"/> Nutrido) (<input type="checkbox"/> Enmagrecido) (<input type="checkbox"/> Caquético) (<input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/> Completa) (<input type="checkbox"/> Incompleta) (<input type="checkbox"/> Prótese).	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO) (<input type="checkbox"/> SNG) (<input type="checkbox"/> SNE) (<input type="checkbox"/> Gastronomia) (<input type="checkbox"/> Jejunostomia) (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: (<input type="checkbox"/> Inapetência) (<input type="checkbox"/> Disfagia) (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar) (<input type="checkbox"/> Vômito) (<input type="checkbox"/> Pirose) (<input type="checkbox"/> Outros: _____)	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão) (<input type="checkbox"/> Distendido) (<input type="checkbox"/> Tenso) (<input type="checkbox"/> Ascítico) (<input type="checkbox"/> Outros: _____)	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos) (<input type="checkbox"/> Ausentes) (<input type="checkbox"/> Diminuídos) (<input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal) (<input type="checkbox"/> Líquida) (<input type="checkbox"/> Constipado há dias) (<input type="checkbox"/> Outros: _____)	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) (<input type="checkbox"/> Retenção) (<input type="checkbox"/> Incontinência) (<input type="checkbox"/> Hematuria) (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____)	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra) (<input type="checkbox"/> Ressecada) (<input type="checkbox"/> Equimoses) (<input type="checkbox"/> Hematomas) (<input type="checkbox"/> Escoriações) (<input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Ictérica) (<input type="checkbox"/> Cianótica) Turgor da pele: (<input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas) (<input type="checkbox"/> Secas) Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: (<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/> Independente) (<input checked="" type="checkbox"/> Dependente) (<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: _____)	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória) Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória)	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/> Acamado) (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas) (<input type="checkbox"/> Outro: _____)	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/> Preservado) (<input checked="" type="checkbox"/> Insônia) (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia) (<input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: _____)	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada) (<input type="checkbox"/> Prejudicada) Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/> Cooperativo) (<input type="checkbox"/> Medo:	
(<input type="checkbox"/> Ansiedade) (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita) (<input type="checkbox"/> Outros: _____)	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/> Praticante) (<input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: _____)	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>PCT evoluí, clinicamente estável, consciente e orientado, com humor regular, humor cardíaco eupmico, humor lúmico. O ambiente, boa higiene oral, eliminações vesical e intestinal preservadas, hidratação leve, APP M&B, refeição intérna. Higiene corporal, higiene bucal, higiene vaginal, comunicação preservada. Realizadas cuidados de enfermagem segue sobre os cuidados da Equipe. AC de Enfermagem Unificada Lanyra Tortiba.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 09 / 10 / 18 HORA: 15:00 h	

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





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data:
			/ /
1. Constituição	Durálicos () Desidratação () Estresse () Outro ()	Abdome distendido () Dor à evacuação () Outro ()	
Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurogênica ()	Anorexia () Dor abdominal ()		
Fatores psicológicos () Comunidade prejudicada do paciente ()	Cavidade bucal ferida () Diarréia () Outro ()		
Fatores psicológicos () Outro ()	Dor abdominal () Músculos páldidos ()		
2. Nutrição desequilibradas: menos do que as necessidades	Préjuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro ()	Incapacidade de acesso ao banheiro () Outro ()	
3. Deficit no auto cuidado para banho	Análise ()	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. Hipotermia	Anostasia () Desidratação () Trauma () Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos padrões normais ()	
Aumento da taxa metabólica ()	Taquicardia () Taquipneia () Outro ()		
Extremos da idade () Circulação prejudicada ()	Destruição de células da pele () Inflamação das estruturas do corpo ()		
Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Humidificação da superfície e da pele () Outro ()		
6. Mobilitade Física prejudicada	Antecipado () Desvio fisiológico () Rigididade ()	Mobilização pelo próprio () Orientação ao enfermeiro () Outro ()	
Frejulhos no scolio desequilibrado () Desvio () Outro ()	Mobilização descontrolada ()		
7. Ansiedade	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obsessão () Sono ()	Alteações na profundidade de sono () Orientação () Outro ()	
		Sintomas de uso tóxico () Outro () Outro ()	
8. Padrão respiratório's prejudicado			
9. Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asfalto () Chumbo () Vômito () Diurese ()		
Outros () Outros ()			
10. Risco de infecção	Mutismo de adaptação ambiental 3 primeiros () Dificuldade de mordedor ()		
Procedimentos invasivos ()	Outro () ANP		
11. Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()	
Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()			
12. Padrão de sono prejudicado	Perda de privacidade/alteração do sono () Outro ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro ()	
Outro () Imobilização ()		Relatos de dificuldade para dormir ()	
Outro			
Outro			



FRESCRICAO DE ENFERMAGEM

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



PREScrição de Enfermagem

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



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data:				
DIAGNÓSTICOS		FATORES DESVIAÇÃO/INTERFERÊNCIA		CARACTERÍSTICAS DE INIBIÇÃO			
1. Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação ()	Outro ()
	Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Androxia ()	Dor abdominal ()	
2. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3. Déficit 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 ()	Taquipneia ()	Outro ()
6. Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7. Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro
	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8. Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()	
				Outro ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()	Outro ()
9. Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Quimaduras ()	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 ()				Medicações ()		
	Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12. Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()			Outro ()	Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
	Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13. Outro							
Outro							



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edson Gonçalves de Lima | Registro: | Leito: 08.02 | Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ l/min; PA: 150x70 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): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo.T
() VMNI () VMI TOT n° | Comissura labial n° | FiO2 % | PEEP cmHz0

() Eupnêia: () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () 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 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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Clanose () Sudorese () Fria () Aquécida.	
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: NSC Data da punção 12/10/18	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: () Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: _____	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Clanótica 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: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () 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	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Cláudia Araújo da Silva</i> ROGEN-PB 457842-7/18	
DATA: 12/10/18 HORA: 16:40 h	

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



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:06
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617240723200000020271500
 Número do documento: 19042617240723200000020271500

Doadospagão		Habilidades de avaliação ()		Avaliação ()		Abordagem ()		Abordagem ()		Estrasse ()		Desestrass ()		Outros ()		Outros ()		Outros ()		Entremarre ()		Lofte ()		Detal ()		Sedente ()	
5	Hipotensiva	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()		
6	Dor aguda	Agonias ()	Agonias ()	Agonias ()	Agonias ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()		
7	Dor crônica	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()	Preparade ()		
8	Doença de pele/pielidose	Exantema ()	Exantema ()	Exantema ()	Exantema ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()	Desordem de pele ()		
9	Bolhas de descubertura	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()	Outros ()		
10	Risco de infecção	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()	Respiratória ()		
11	Elaico de suude	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()	Mosquitos ()		
12	Parasito de suude	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()	Parasito ()		
13	Outro	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()		
14	Assinatura	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	Assinatura ()	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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



Evolução de Enfermagem *Exep. ferma E / Acabamento*

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José M. Gonçalves* | Registro: 8 | Leito: 2 | Setor Atual: 2.

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 30C; P: 79 bpm; FR: 16 rpm; PA: 110/60 mmHg; FC: 80 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: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () 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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: <u>10/10/18</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo:	
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Elaine Alves de Souza</u> CREF/PG 74058-ENF	
DATA: <u>11/10/18</u> HORA: _____ h	
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josemildo Gonçalves | Registro: | Leito: 8 - 2 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 86 bpm; FR: 110 bpm; 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/Analgesia):Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade 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:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos (D) (E)Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () 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

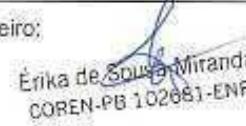
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
 Auscultação cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção 10/10/18
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: () Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
 Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: () Integra () 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: () Satisfatória () Insatisfatória | Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
 () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: () 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
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

 DATA: 10/10/18 HORA: _____ h
 Erika de Souza Miranda
 COREN-PB 102681-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 10/10/18 HORA: b

HORA: _____ h

~~Erika de Souza Miranda~~
CORFEN-PB 102681-ENF

FONTE: BORDINHÃO, B. C.; Coleta de dados por meio de enunciado focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Mário dos Gonçalves | Registro: | Leito: 8 - 2 | Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.0 °C; P: 100 bpm; FR: 19 lpm; PA: 120x80 mmHg; FC: 82 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: () Isocônicas () Anisocônicas () 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

() Eupnêia; () Taquipnêia; () Bradipnêia () Dispnéia () 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:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (<input type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquécida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: M S E Data da punção: 10 / 10 / 18	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>).	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo:	
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>PCT encontra clinicamente instável, consciente e orientado em tempo e espaço, incoerente, incoercível, eupnico, incoletônico. O ambiente boa visibilidade geral, eliminação vesical e intestinal prazerosa, restrito uso leito, AVP M S E, nome preservado, higiene corporal satisfeita. Realizadas cuidados de Enfermagem que os cuidados sob a equipe.</p> <p>PC de Enfermagem Unifacisa Harryson Portela.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Emerson Tijer da S. Alves DATA: 10 / 10 / 18 HORA: 15:00 h	
ENFERMEIRO COREN-PR 183.178	

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



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 04/10/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

 Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Síncope |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopnélia |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Insut. Cardiaca Congestiva <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | <input checked="" type="checkbox"/> Crônica |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>mega</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo: <u>Pouco</u> |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Cirúrgico: <u>mega</u> <input type="checkbox"/> Outros |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

 Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura: PesoAp. Cardiovascular - Comentários: PCR 2T, 2DFC: 90 b.p.m P.A.: 120x80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normaEx. Laboratoriais: Hb: 8.3

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal) |
| <input type="checkbox"/> Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal) |
| <input type="checkbox"/> Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca) |
| <input type="checkbox"/> Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar) |

Obs.: _____

Ass. do Médico

CRM 5453
Cardiologista
J. Henrique Cunha

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131688 / CRM-PB: 6485
Medico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

Observação: Ressalta-se a ausência de hemorragia intra-abdominal ou de trauma ósseo assim como de hemorragia extraperitoneal, não havendo critérios ecográficos seguros para infiltração de líquidos e/ou solides e/ou gases no resultado da ultrassonografia. No entanto é importante lembrar que a ausência de evidências de lesões viscerais e/ou ósseas, associadas a uma severa hidatidicidade, pode ser um fator de risco para infiltração de líquidos e/ou solides e/ou gases no resultado da ultrassonografia.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou de trauma pleural no presente estudo.

ANÁLISE:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

METODOLOGIA:

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

PACIENTE:	JOSENLDO GONCALVES	DATA DO EXAME:	01/10/2018
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE			
CAMPIÑA GRANDE - PARRIBA			
GOVERNO DA PARAÍBA			



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA
 Dr(a): ELDIMAN SOARES DE ARAUJO
 Convenio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000429154 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 04-10-2018 10:40 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
 Idade: 47 anos Destino: ENF 08 - L 02

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 04/10/2018 10:38)

Resultados **Valores de Referência**

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.18 milhões/mm ³	4.2 a 5.4 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	8,3 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	25,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	79 fL	87,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	26 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Leucócitos.....	6.900 /mm ³	5.000 a 15.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)	
Neutrofíns			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	207	
Segmentados.....	78,0	5.382	40,0 a 70,0 % = 3.800 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	69	0,5 a 6,0 % = 200 a 500 / mm ³
Rasófilos.....	0	0	0 a 1,0 % = até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	15,0	1.035	20 a 45 % = 3.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	207	2,0 a 10 % = até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	171.000 mm ³		140.000 a 400.000 / mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Soárez
 Biomédico
 CRM 6446

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E17B-E6DF-FE03-1AC7-CCAF-B1CD-7AF4-C466



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617241524900000020271507>
 Número do documento: 19042617241524900000020271507

Num. 20841420 - Pág. 9



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA
Dr(a): WAGNER FALCAO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000429397
Data: 06-10-2018 09:46
Idade: 47 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA II
Destino: Leito - 03

HEMOGLOBINA

11.1

[DATA DA COLETA: 06/10/2018 09:43]

Valores de Referência:
Var. Feminino: 11,5 - 15,0 g/dl
Masculino: 13,5 - 17,0 g/dl

Material: Sangue

Metodo: Cianometahemoglobina

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE

33.2 %

[DATA DA COLETA: 06/10/2018 09:46]

Valores de Referência:
37 - 47 % (Wintrobe)

Material: Sangue

Hémodot: Wintrobe

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Unidade: 06 - U2008 0554 - 1 de 1, emitida: 06/10/2018 09:54

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 70CC-86F8-CUEE-8A94-5B02-D45C-6D9-63D6



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617241524900000020271507>
Número do documento: 19042617241524900000020271507

Num. 20841420 - Pág. 10

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josévaldo Gonçalves | Registro: _____ | Leito: 8.2 | Setor Atual: União

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 37,5°C; P: 109 bpm; FR: 10 irpm; PA: 130/80mmHg; FC: 85 bpm; SPO₂: —%
HGT: — mg/dl; Peso: — Kg; Altura: — cm | Dor: () Local: Banho Obs.: 10/10 —
(Sem urinase)

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° _____ Comissura labial n° _____ FiO₂ % PEEP cmH₂O

E (input checked="" type="checkbox"/>) Eupnéia; () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispnéia () Outros: _____

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

Ruidos adyentícios: () 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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada	(<input type="checkbox"/>) Hipocorada	(<input type="checkbox"/>) Cianose	(<input type="checkbox"/>) Sudorese	(<input type="checkbox"/>) Fria	(<input type="checkbox"/>) Aquecida
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) < 3 segundos;	(<input type="checkbox"/>) > 3 segundos.	(<input type="checkbox"/>) Turgância jugular: (<input type="checkbox"/>)			
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais?					Precordialgia (<input type="checkbox"/>)
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica	(<input type="checkbox"/>) Arritmica	(<input type="checkbox"/>) Sopro	(<input type="checkbox"/>) Outro.	Marcapasso: (<input type="checkbox"/>)	Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico	(<input type="checkbox"/>) Central	(<input type="checkbox"/>) Dissecção.	Localização: RA	Data da punção: 03/10/18	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS	(<input type="checkbox"/>) MMIII	(<input type="checkbox"/>) Face	(<input type="checkbox"/>) Anasarca.	Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)					
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido					
(<input type="checkbox"/>) Emagrecido					
(<input type="checkbox"/>) Caquético					
(<input type="checkbox"/>) Obeso					
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa					
(<input type="checkbox"/>) Incompleta					
(<input type="checkbox"/>) Prótese					
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO					
(<input type="checkbox"/>) SNG					
(<input type="checkbox"/>) SNE					
(<input type="checkbox"/>) Gastronomia					
(<input type="checkbox"/>) Jejunostomia					
(<input type="checkbox"/>) NPT					
Hora: _____ Data: / /					
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência					
(<input type="checkbox"/>) Disfagia					
(<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar					
(<input type="checkbox"/>) Vômito					
(<input type="checkbox"/>) Pirose					
(<input type="checkbox"/>) Outros:					
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotônico					
(<input type="checkbox"/>) Distendido					
(<input type="checkbox"/>) Tenso					
(<input type="checkbox"/>) Ascíticos					
(<input type="checkbox"/>) Outros:					
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos					
(<input type="checkbox"/>) Ausentes					
(<input type="checkbox"/>) Diminuídos					
(<input type="checkbox"/>) Aumentados					
Eliminação intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal					
(<input type="checkbox"/>) Líquida					
(<input checked="" type="checkbox"/>) Constipado há 03 dias					
(<input type="checkbox"/>) Outros:					
Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea					
(<input type="checkbox"/>) Retenção					
(<input type="checkbox"/>) Incontinência					
(<input type="checkbox"/>) Hematuria					
(<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h					
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações: SA					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA					
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra					
(<input type="checkbox"/>) Ressecada					
(<input type="checkbox"/>) Equimoses					
(<input type="checkbox"/>) Hematomas					
(<input type="checkbox"/>) Escoriações					
(<input type="checkbox"/>) Outro:					
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada					
(<input type="checkbox"/>) Hipocorada					
(<input type="checkbox"/>) Ictérica					
(<input type="checkbox"/>) Cianótica					
Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado					
Condições das mucosas: (<input type="checkbox"/>) Úmidas					
(<input type="checkbox"/>) Secas					
Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)					
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: / /					
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /					
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /					
CUIDADO CORPORAL					
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente					
(<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente					
(<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente.					
Observações:					
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória					
(<input type="checkbox"/>) Insatisfatória					
Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória					
(<input type="checkbox"/>) Insatisfatória					
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado					
(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas					
(<input type="checkbox"/>) Outro:					
SONO E REPOUSO					
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado					
(<input type="checkbox"/>) Insônia					
(<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia					
(<input type="checkbox"/>) Sono interrompido.					
Observações:					
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL					
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada					
(<input type="checkbox"/>) Prejudicada					
Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo					
(<input type="checkbox"/>) Medo:					
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade					
(<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita					
(<input type="checkbox"/>) Outros:					
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS					
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE					
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante					
(<input type="checkbox"/>) Não praticante.					
Observações:					
INTERCORRÊNCIAS					
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:					
José <i>RP</i>					
Auredy TE					
Coron PB 216007					
DATA: 04/10/18					
HORA: _____ h					

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josévaldo Gonçalves de Lima | Registro: _____ | Leito: 2 - 2 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 94 °C; P: 94 bpm; FR: 16 rpm; PA: 140/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO₂: 96%
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: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia | Local: _____

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfásia Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT n° _____ | Comissura labial n° _____ | FiO₂ % | PEEP cmH₂O

Eupnéia; Taquipnégia Bradipnégia 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:

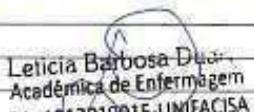
SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



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: () Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro: Marcapasso () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5 Data da punção 06/10/18	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VVO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoalitivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: _____ () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () 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: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória,	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () 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	
FCT EVOLUIU CLÍNICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE E ORIENTADO, NORMOTENSO, DOR 3/10 (BIO), FUTÔMICO, NORMOTÉRMICO, O2 AMBIENTE, BOA ACEITAÇÃO ORAL, ELIMINAÇÃO VESICAL E INTESTINAL PRESERVADA, RESTRIÇÕES AO LEITO, AVP ENMBE, INSÔNIA E SONO INTERROMPIDO, HIGIENE BÁSISTÓRIA, REALIZADO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, SUGUE BOM OS CUIDADOS DA EQUIPE.	
 Letícia Barbosa Dias Acadêmica de Enfermagem RA: 1812010015-UNIFACISA	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Emerson Tiago de S. Alves DATA: 06/10/18 HORA: 10:30 h	
ENFERMEIRO COREN-PB 488.128	

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

47 ANOS / POLITRAUMA

Nome: JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA | Registro: | Leito: 8-2 | Setor Atual: OUT/P

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: bpm; FR: 22 lpm; PA: 130x70mmHg; FC: 63 bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: Local: Da Fratura | Obs: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): _____Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () 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 () Dispneia () Outros: _____Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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.

Pele: () Coirada () 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: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () 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: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () 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

Sem queixas

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Silvana dos Santos Sique
COREN-PE 1261821-TE

Oliveira
Carvalho Siqueira

DATA: 07/09/2018 HORA: 8:00

Casimba e Assinatura do Enfermeiro:

Silvana Sos Santos Silva
C118EN-PR-1261621-TE

DATUM: 04/09/2018 HORA: 8:55 h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernando Gonçalves | Registro: | Leito: 8.2 | Setor Atual: (set. 1)

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: ipm; PA: 130x90 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/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () 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

() Eupnêia: () Taquipnêia () Bradipnêia () 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:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio,



01/10/2018



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGENCIA

PRONT (B.E) Nº:1745465 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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: 01/10/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: JOSENILDO GONCALVES CEP:58400002

Nascimento: 11/05/1971

DE LIMA

Endereço: TV AUGUSTO BORBOREMA

Sexo:M Telefone: 985720111

Cidade: Campina Grande

Idade:047 Bairro:DSA CRUZ

Nome da Mãe: LEONISA MARIA DE LIMA

RG: 1765079 N°:36

Responsável:

CPF: 02193682445 Profissão: MERCANICO

Estado Civil: União Estável

Data de Atend:01/10/2018 CNS:703403586168700

Motivo: ACIDENTE DE MOTÔ

Hora: 20:16:46 CDWENIO:SUS

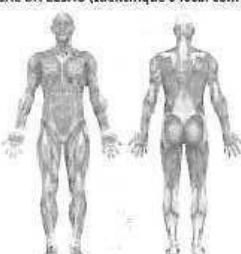
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA:

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



1. Abreção
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crençação
6. Dor
7. Edema
8. Empinamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coríntio
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura ossos fechada
20. Fratura ossos aberta
21. Hematoma
22. Inurguramento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão condínia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parésia
32. Paresthesia
33. Queimadura
34. Ringeragia
35. Sinal de Iccumida
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

R01.7 R20.1117 A02

HTCG-I - Atendimento Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS ÍNICIOS

Paciente identificado como vítima de Colisão entre carro e moto no Portal do Sol, Neiva Vazquez e pedra da Cachoeira.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow 15 PA 160x90 HTG SatO2 99%

() IAP + CEGALICA ESTABILIZADA

() UN + AVA 1 98% FR: 12 9-TO2: 99%

() pulso 0. Sintetizadas, TEC=36, FR: 12, PA: 160x90, saturação

dura tensão arterial e oxigenação pelo dispositivo de pulso ()

() ECG profissionalizado pelo dispositivo, considerando desaceleração, regular

sua frequência e ritmo

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 01/10/18

L: 98

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: OR108 / as: / Dia: / /

Especialista: NCR / as: / Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SLL 1000ml ev	
2	Alfinete 1g + 50 ev	
3		
4		
5		
6		

RAY

REALIZADA EM:

02/10/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gilberto Farahvaldo de Araújo
Médico de Plantão

01/10/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nenhum

Paciente vítima de acidente automobilístico, com TCE e TRM leve. Traçado pelo examen com color cervical.

As exames: BTG, conciente, orientado

ECG: normal, DIFER de habitual

TC crânio-cervical: norma alterações agudas

CD: liberação p/ procedimento ortopédico

não condutor Nenhum no momento

Dr. Alfredo Daniel
NEUROLOGO
CONCEITUAL DO ESTADO - 194-50

Paciente amparado
elaboradas PAS (negativo)
co-funcional p/ procedimento
ortopédico

Alfredo Trajano de Oliveira
Endoscopia Digestiva
Cirurgia Geral
CRM-PB 5912

DESTINO DO PACIENTE: _____ às _____ hs:

Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar Revelia
 Informação (setor) _____ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBQ	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Joséaldo Gonçalves de Lima	
End:	Av. Augusto Botelho, 35, Piso Cruz	
Data de Nascimento:	11/05/1971	Documento de Identificação:
Queixa:	de dor	
Data do Atend.:	01/04/2018 Hora: 20:12 Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	Frequência cardíaca:
Dosagem de HGT:	Temperatura axilar:
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	Mucosas: () Normocorada () Pálida

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial


Assinatura e carimbo do profissional





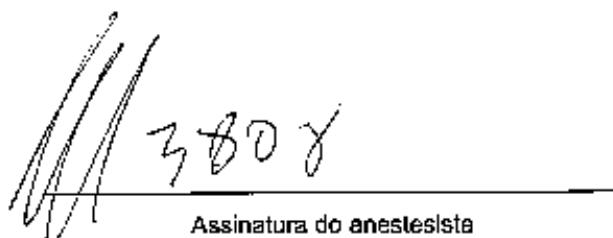
Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042617242146400000020271509>
Número do documento: 19042617242146400000020271509

Num. 20841422 - Pág. 6



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, Dispnéia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		(0)


3808

Assinatura do anestesiista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<i>Josenilda Gonçalves da Silveira</i>	Idade:	<i>47 any</i>
Convênio:	<i>0110118</i>		
Procedimento:	<i>Ressecção de úmido de peneiro + troca</i>		
Cirurgião:	<i>DR Felipe</i>	Auxiliar:	<i>DR Karoline</i>
Inicio:	<i>23:15</i>	Término:	<i>00:20</i>
		Anestesia:	<i>Raque</i>

Hora	PA	P脉	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciênciā
01:10	126x74	80	99%	Wathine	-	Consciente
01:30	99x69	73	95%	Wathine	-	"
02:00	99x60	73	94%	Wathine	+	"
03:00	103x78	70	95%	Ducelle		
23:45	131x59	82	100%	Raque	+	"
05:00	101x72	70	100%	Ribeiro	+	"
-:50	109x74	77 bpm	99%	Ribeiro	+	Consciente
07:30	125x87	87	100%	Ribeiro	+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:
<i>Oftopedia</i>
<i>13806</i>

Assinatura Anestesista	Circulante
------------------------	------------



LFPL 20.11.15 and its enclosing album of
CHART F1
April - Oct. 1960, 1961
in instance 20.15 input
02.00 21.85 21.01 10

Aug 85 20 10
watermark 10

49 already on L

20

卷六

16

-16-

500

1

-10-

1

150

conf SL C.1 starting today to
disseminate
shift lesson 1

an'gajit 50

8L → 10 SLXOP → 10

10
20
30
40
50
60
70
80
90
100

二〇〇〇年



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jesuino Gonçalves de Lima DNI 11.05.1971

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

47

1745465



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Intussuscepção de ossos

CIRURGÃO

da perna + fratura transversa

Dr. Felipe

ANESTESIA

ANESTESIA

Raqui

Dra Karolinne

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

01/10/18

23:15

00:20

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.			Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Serlix	
01	Diazepam amp.	03		Catgut cromado Serlix	
01	Dimex amp.	02		Compresa Grande pvc	
01	Dolantina amp.			Compresa Pequena	
01	Efane ml	Nedogolan		Cotonoido	
	Fenegem amp.			Dreno	
	Fentanit ml			Dreno Kerr n°	
	Inova ml			Dreno Penrose n°	
	Ketalar ml	01		Dreno Pezzer n°	
	Mecaina	Resadol		Equipo de Macrogolas	
	Nababina amp.			Equipo de Sangue	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC	
	Proligmine amp.	05		Espadrapo Larco cm	
	Protolíodo l/m			Furacim ml	
	Quelicin ml	05		Gase Pacote c/ 10 unidades	
	Racifen amô		05	H ₂ O ml	
	Thiogennital ml			Intracath Adul	
	Tracnum amp.			Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01			
	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi n° 23	
	Decodon amp.			Lâmina de Bisturi n° 11	
	Dipirona amp.	01		Lâmina de Bisturi n° 15	
	Flaxidol amp.	02		Luvas 7.0	Vicryl Serlix
	Rebocordil amp.	02		Luvas 7.5	Vicryl Serlix
	Seramicins amp.			Luvas 8.0	Vicryl Serlix
	Glicose amp.	TC		Oxigênio l/m	
	Glucos de Cálcio amp.	01		Pollifix	
	Haemaccel ml			PVP Degamente ml	
	Hecarenta ml			PVP Topico ml	
	Kanskin amp.			Sabão Antiséptico	
	Lasix amp.			Saco coletor	
	Medrotinazol	01		Seringa desc. 10 ml	
	Plasil amp			Seringa desc. 20 ml	
	Prolamina	02		Seringa desc. 05 ml	
	Revivan amp.			Sonca	
	Stuctanen amp.			Sonca foley	
02	Cefazolina			Sonda Nasogástrica	
				Sonda Uretra n°	01 placa sativa 4.5x12 pares
				Steridrem ml	08 parafuses
				Torrininha	1 coura MAZ
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
01	Aguilha desc. 25x7 40x12	01		Vaselina ml	
	Aguilha desc. 28x28			Golcon 10x18	
01	Aguilha desc. 3x4.5	03		Latessa	
01	Aguilha p/ raque n° 25	03		eletrodes	
05	Álcool de Enfermagem	70%		algodão antipadativo	
02	Ataduras de Crepon	20 cm			
	Ataduras de Gessada				
	Azul mellenio 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 type="checkbox"/> Oxícapnógrafo
					<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal
					<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
					<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz
					<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
					Francisca M. D'URQUHILL RESPONSÁVEL
					TEC. DE INFERNAGEM -
					COREN PB 593.440



CONTROLE CIRÚRGICO

AM

Chaitin-Gödel





MA

CONTROLE CIRÚRGICO

• Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Contendas - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.298.089/0001-79

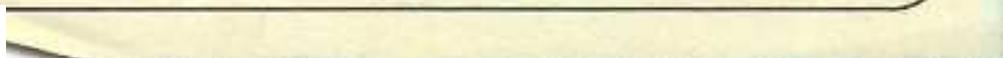
Paciente: José Naldo Gonçalves de Lima
Hospital: Hospital de Emergência e Trauma de Ouro Preto
Médico: Dra. Felipe
Data da Cirurgia: 01/10/11 Procedimento: Intervenção de Ano de ferida aberta
Prontuário: 1345463 Convênio:
Estrumentadora: Lara Circulante: Franckson

Materiais Utilizados

Recife, 01 de 10 de 2018

Circulante

Médico Responsável





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Tomás de Oliveira	Prontuário	Aila Ortopédica I	Leito 2.3.	Enfermaria 2
Data	Hora		Data	Hora	
19/10/18	Manhã	Anamnese Pediátrica: No: Ex amado da ferme. Pôde ser admitido no dia 01/10/18 devido a incidente de moto-carro. Atualmente encontra-se em ECA, combactante, uso hortícola, a-a., obedece deputável, num desempenho e tolugue e nf de Transito de HIE. Não refresca ssuv: PA: 120 x 80 mmHg; FC: 77 bpm; FR: 15 lpm. - Amanha subirão os ANH de Tomozelo D- Vena do horário matutino ANH de juntas quadriplegia. ANH invertebras de HIE e HMSS; túnica reduzida glândula recto. Fogo grax 5 cm HMSS e HIE; Vena por motivos adstritos em HSB. CF: Along. de TA (2x de HSB em cintura). Fato decimento de trânsito renal e tubular anterior de HSE (2x 15); Flaccid - extensor etnia de quadriplegia; duplo flexor ativo de HES; Fortalecimento imenso das extensões de HMSS (2x 15 resistência), Fortalecimento de lateral com função de rotula (2x 15) No exame: Tensão tonica ilíaca de longa.			



Nome do Paciente	Nº Prontuário		
Joséaldo Gonçalves de Lima			
Data da Operação	01/07/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. Felipe Cerejo	1º Auxiliar	Dr. Dênis
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Dra. Karina	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura exposta de ossos da perna (1) + fratura do acobrabo (1)		
Tipo de Operação	Ortofixamento de ossos da perna (1) + troca transespinhosa		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Abordagem sob ventilação
- 2) Aspiração + remoção estéril
- 3) Deboltamento da perna (1)
- 4) Desbridamento com GF 0,9%
- 5) Mastro plástico 3 furos
- 6) Redirecionamento de artérias
- 7) Ortofixamento com placas e parafusos
- 8) Desbridamento com GF 0,9%
- 9) Injeção de tecido transfixialha trânsitico
- 10) Sutura por planos
- 11) Cerramento

OBS: Utilizado placas GCP e 10 planos de 12 furos na volta de placa metálica.

Moo-918

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



DATA DA INTERNAÇÃO: 01/10/2018 HORA: 22:22:05



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 26/04/2019 17:25:12
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904261724214640000020271509

Núm. 20841422 - Pág. 15

Datá da interação: 01/10/2018 Hora: 22:22:05



**GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JOSÉ**

**RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

DN:

IDADE:

PROCEDÊNCIA:

D:

ALTA:

da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

do dos principais exames

ão e complicações

stica realizada

stico (hipotético ou definitivo)

ções médicas para pacientes / egrégio

es de alta

reto

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

transferido para:



<input type="checkbox"/> Transferido para:	<input type="checkbox"/> Gravado	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Ofício	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Inalterado
ndicções de alta					

benfeitorias médicas para pacientes / gresso

apresentado (hipotético ou definitivo)

experiência realizada

reúngao e complicações

resultado das principais exames

ativo da hospitalização (dados possíveis da anamnese / exame físico)

ISSO:

ALTA:

PROCEDÊNCIA:

DN: PRONT. N°:

URGIDADE:

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

RESUMO DE ALTA

**DISTRIBUIÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
GOVERNO DO CEARÁ**



**Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0809266-20.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos etc.

Defiro a gratuitade judiciária.

Como é cediço, em inúmeros feitos dessa natureza, a parte promovida não tem demonstrado qualquer intenção de fazer acordo em sessões de conciliação, o que só vem ocorrendo em Mutirões do DPVAT, razão por que deixo de designar a audiência conciliatória.

Cite-se, na forma legal.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

ALEX MUNIZ BARRETO

JUIZ DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: ALEX MUNIZ BARRETO - 17/05/2019 12:39:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051614460972700000020640560>
Número do documento: 19051614460972700000020640560

Num. 21232705 - Pág. 1