



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

OUTORGANTE: Antonio da Silva Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão despachante, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 221.866 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 771.119.402-10, residente na Rua Aeari nº 474, Bairro Santa Tereza II, Município Boa Vista /RR, telefone: (95)99129-1822 / e-mail antoniodasilva09@gmail.com vêm através de seu advogado in fine assinado, por este instrumento particular nomear e constituir seu procurador.

OUTORGADO: **Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 317B com escritório profissional na Rua General Penha Brasil 102 Centro, Boa Vista, Roraima a quem confere amplos poderes:

**PODERES ESPECIAIS:** para representá-lo no processo em Foro em Geral com a cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme estabelecido no artigo 105 do NCPC, bem como propor ações, produzir provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer, apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada, receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação, enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança de Seguro Dpvt em Face da Seguradora Líder.

Boa Vista 13 de Junho de 2019.

- Antonio da Silva Oliveira

Senhor(a) \_\_\_\_\_

Outorgante

CPF/MF nº \_\_\_\_\_

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B



### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

**DECLARANTE:** Antonio da Silva Oliveira, brasileiro(a),  
estado civil casado, profissão Despachante, portador(a) da Cédula de  
Identidade CIRC 221.866 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF  
771.119.402-10, residente na Rua Acari  
nº 444, Bairro Santa Tereza II, Município Boa Vista /RR,  
telefone: (95) 99129-1822 / e-mail  
antoniodasilva09@gmail.com

**DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Requiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Boa Vista 13 de Junho de 2019.

Senhor(a) Antonio da Silva Oliveira  
Declarante

CPF/MF nº \_\_\_\_\_

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

100 ENTREGUEIRO EMERSON  
 201846 SSP RR

CPF: 771.119.802-10 DATA NASCIMENTO: 18/12/1983

REGIÃO: SUPOCOTO FREDENCIO DE OLIVEIRA  
 FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA

SEXO: M AC: 123456789

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 522908349

PROIBIDO PLASTIFICAR 522908349

Local: BOCA VISTA - BOXAIXO

DATA DE EMISSÃO: 17/07/2012

00192621407 RR28647226

DETRAN-RR (BOXAIXO)



# TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALARIO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP  
**126.05862.66-8**

NÚMERO  
**2613244**

SÉRIE  
**001-0**

**RR**

*Antonio da Silva Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



**04 JUL. 2019**

### QUALIFICAÇÃO CIVIL 02

NOME **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**  
 LOC. DE NASC. **MONÇAO MA**  
 FILIAÇÃO **ANTONIO PRUDENCIO DE OLIVEIRA**  
**FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA**  
 DOC. APRESENTADO **R.G. 221866 SESP RR**  
 ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**  
 DATA DE NASC. **18/11/1983**  
 CPF **771.119.402-10**  
 CNH **302** ZONA **1**  
 T. ELETOR **3080512807**  
 DATA **26/04/2002**  
 NATURALIZADO PORT. ALIEN. **Sim**  
 LOCAL DA EMISSÃO **DRT/RR**  
 ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

### ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03

FILIAÇÃO .....  
 DATA DE NASC. DE ... / ... / ... PARA ... / ... / ...  
 DOCUMENTO .....  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR ..... MOTIVO .....  
 NOME .....  
 DOCUMENTO .....  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR ..... MOTIVO .....  
 NOME .....  
 DOCUMENTO .....  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR ..... MOTIVO .....  
 NOME .....  
 DOCUMENTO .....  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR ..... MOTIVO .....

**LEGENDA**  
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
 B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA





Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garças, 001 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

conosco informe este número

Nº da Nota Fiscal: 002789610

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	10/05/2019	764	647,95

EDNALDO BATISTA  
R. ACARI 474 SANTA TEREZA  
CPF: 00034576312391  
CEP: 69.314-102 - BOA VISTA

ROT: 6.001.13.16.178500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
kWh	DATA	DATA DA LEITURA	
Atual: 77522	25/04/2019	Atual:	26/03/2019
Anterior: 76758		Anterior:	28/05/2019
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura:	24/04/2019
Consumo Medido: 764		Emissão:	25/04/2019
Consumo Faturado: 764		Apresentação:	30

DADOS DA UNIDADE-CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Numero Medidor	Posto	Mede 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2807551	N 1506767	1.1.1.2 - 765

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
Médiana consumo	764 A R\$ 0,790945 =	604,28
MAR/19 735	CORRECAO MONETARIA DA 02/19-00	0,10
FEV/19 666	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00	4,59
JAN/19 774	MULTA POR ATRASO DE 1 02/19-00	1,32
DEZ/18 732	JUROS DE MORA POR ATR 02/19-00	0,24
NOV/18 1037	MULTA POR ATRASO 02/19-00	10,41
OUT/18 1003	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00	5,72
SET/18 667	ILUMINACAO PUBLICA	21,29
AGO/18 745		
JUL/18 578		
JUN/18 688		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 764 - 0,634626		

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano Valor R\$  
03/2019 610,77

Multa por atraso - multa processada ao fornecimento de energia elétrica após de ter sido informado ao consumidor, na data em que venceu a inclusão do nome do consumidor na SEFAZ. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 3CA9.FF.9.7E50.8679.AFF4.941C.A9A9.8A1F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	150,08	Base de Cálculo:	604,28
Energia:	318,26	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	102,72
Encargos:	16,53	Valor do PIS:	2,91
Tributos:	119,41	Valor do COFINS:	13,78

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
1,71			10,00			0,29
					02/2019	218,51

FLORESTA

ROT: 6.001.13.16.178500



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garças, 001 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO  
0051442-0

MES FATURADO  
04/2019

TOTAL A PAGAR - R\$  
647,95

VENCIMENTO  
10/05/2019

Nº da Nota Fiscal: 002789610 FCAM

83620000006 2 47950075000 1 00000000051 3 44200419008 2



SEQ.: 00279 UC: 0051442-0 DT. LEIT.: 25/04/2019 T. ENTR.: 07  
LEITURA: 77522 NORMAL TOTAL: 647,95 CARGA: 018  
DT. VENC.: 10/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1061

04 JUL. 2019





		<b>RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE J</b>						
		<b>Nº 004822</b>						
VTR	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin	
105	2º BPM	29/12/2018	OESTE	XXX	20:20	20:20	00:20	
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.				
1001/1003	13006/13023/13999	XXXX	106.953	106.963				

**LOCAL DA OCORRÊNCIA**

LOCAL: AV. ATAÍDE TEIVÉ  
 Bairro: ALVORADA Ref: Frente ao Churrasco da Loura

**PESSOAS RELACIONADAS**

**1 ENVOLVIDO** Nome: **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA** Idade: 35 anos E. Civil: Não informado  
 Endereço: Rua Acari s/nº Bairro: Santa Teresa  
 RG: 221.866 SSP/ RR CNH: 02549775140 Cat.: AB Profissão: Não informado  
 CPF: 771.119.402-10 Telefone: XXXXXXXXXX

**2 Proprietário V2** Nome: **ALEXSANDRO DE SOUSA LIRA** Idade: 30 anos E. Civil: União Estável  
 Endereço: Rua Jango Menezes nº 42 Bairro: Buritis  
 RG: 258815 SSP/ RR CNH: 04710469841 Cat.: AD Profissão: Militar Exército Brasileiro  
 CPF: XXXXXXXXXXXXXXXX Telefone: (095) 99128-2405

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

- (V01) Motocicleta HONDA/ CG 150 FAN, Placa NUL 1940 – Boa Vista/RR, de cor vermelha, com avaria generalizada frontal;
- (V02) FIAT/ Pálio Fire Economy, Placa NAW 8109, Boa Vista/RR, de cor azul, com avarias: para-brisa traseiro quebrado, para-choque traseiro quebrado, para-lama traseiro esquerdo quebrado, longarina traseira esquerda amassada, aerofólio traseiro, pneu estourado, lanterna traseira esquerda quebrada, tampa do porta mala amassado;

RECEBI:  
 ASSINATURA CARGO *Acpc* LOCAL *CF 001246*

**HISTÓRICO**

**SENHOR DELEGADO:**

Em patrulhamento de rotina nos deparamos com uma ocorrência de acidente de trânsito, no endereço acima mencionado, e fomos informados por populares que o envolvido senhor ANTÔNIO trafegava pela Avenida Ataíde Teive, sentido centro/ bairro, conduzindo a motocicleta HONGA/ CG 125 FAN, Placa NUL 1940 – Boa Vista/RR, de cor vermelha, quando colidiu na traseira do veículo FIAT/ Pálio, Placa NAW 8109, Boa Vista/RR, de cor azul, que encontrava-se estacionado no acostamento daquela via. Compareceram ao local as equipes do SAMU Bravo 05 (Técnicos de enfermagem Teixeira e Márcio) e SAV (Dr. Júlio) que realizaram os primeiros atendimentos médicos e informaram que ANTONIO teve poli traumatismo nos membros superiores, inferiores, torácico e abdominal, e conduziram ANTONIO até ao Pronto Socorro Estadual Francisco Elesbão para procedimento médico especializado. A perícia foi realizada pelo Perito João e auxiliar Márcio. A motocicleta V01 foi encaminhada ao Pátio do DETRAN (Documento de Retenção e Remoção nº 013892), e o veículo V02 entregue ao seu respectivo Proprietário. Era o que tinha a relatar.

AMILRES C. DE VASCONCELOS	40.859-0	CB/PM	2º BPM
NOME	Matrícula	Posto/Grad	

POLÍCIA MILITAR - RR  
 CPC-P2-P3  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 DATA 05/01/19  
 FC Agm/son

04 JUL. 2019

Adailson Santos da Silva  
 Func. Civil PM/RR  
 Mat. 44005023



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 044953/2018-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 17/05/2019 10:37 Data/Hora Fim: 17/05/2019 11:04  
Origem: Pessoa Física - Particular Nº do Documento: 004822 Data: 30/12/2018  
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Plantão Central  
Data/Hora do Fato: 29/12/2018 20:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: AVENIDA ATAIDE TEIVE

Bairro: Alvorada

Ponto de Referência: Frente ao Churrasco da Loura  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Monção Sexo: Masculino Nasc: 18/12/1983  
Profissão: Despachante Imobiliário Escolaridade: Ensino Superior Incompleto  
Estado Civil: Casado(a) Nome do Pai: Antonio Prudencio de Oliveira  
Nome da Mãe: Francisca da Silva Oliveira

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 771.119.402-10  
RC - Carteira de Identidade: 221.866

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR Nº: 474  
Logradouro: RUA ACARI  
Complemento: Casa  
Bairro: SANTA TEREZA II  
Telefone: (95) 99129-1822 (Celular)

**Nome Civil: ALEXSANDRO DE SOUS LIRA (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Caracará Idade: 30  
Profissão: Desempregado  
Estado Civil: União Estável Nome do Pai: João Inacio de Lira  
Nome da Mãe: Luzinete de Sousa Lira

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 258815

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR Nº: 42  
Logradouro: RUA JOÃO MENEZES



04 JUL. 2019





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 044953/2018-A01

Bairro: BURITIS  
Telefone: (95) 99128-2405 (Celular)

**Nome Civil: LOURENÇA ALVES BATISTA (COMUNICANTE, PROCURADOR)**

Nacionalidade: Brasileira      Naturalidade: TO - Sítio Novo do      Sexo: Feminino      Nasc: 10/08/1984  
Profissão: Estudante      Escolaridade: Ensino Superior Completo  
Estado Civil: Casado(a)      Nome do Pai: Ednaldo Batista  
Nome da Mãe: Rosilene Alves da Silva Batista

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 768.024.262-34  
RG - Carteira de Identidade: 237.362

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR      Nº: 474  
Logradouro: Rua Acari  
Complemento: Casa  
Bairro: SANTA TEREZA II  
Telefone: (95) 99118-1815 (Celular)

**Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA ROP Nº 004822-J (COMUNICANTE)**

Ramo de Atuação: Órgão público

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 771.119.402-10	<b>Placa</b> NUL-1940
<b>Renavam</b> 00272597015	<b>Número do Motor</b> KC16E7B326218
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC1670BR326218	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2011/2010
<b>Cor</b> VERMELHA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 150 FAN ESI
<b>Modelo</b> HONDA/CG 150 FAN ESI	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado

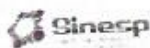
**Nome Envolvido**

Antonio da Silva Oliveira

**Envolvimentos**

Proprietário

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 664.248.792-34	<b>Placa</b> NAW-8109
<b>Renavam</b> 00166996840	<b>Número do Motor</b> 310A1011*9059868*
<b>Número do Chassi</b> 9BD17164LA5509982	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2010/2009
<b>Número da Carroceria</b> 70638101	<b>Cor</b> AZUL
<b>UF Veículo</b> Roraima	<b>Município Veículo</b> Boa Vista
<b>Marca/Modelo</b> FIAT/PALIO FIRE ECONOMY	<b>Modelo</b> FIAT/PALIO FIRE ECONOMY
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Quantidade</b> 1 Unidade
<b>Situação</b> Envolvido	



04 JUL. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 044953/2018-A01

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alexsandro de Sousa Lira	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

Equipe do 2º BPM compareceu a este plantão para comunicar que se depararam com uma ocorrência de acidente de trânsito, no endereço acima; Que foram informados por populares que o senhor Antonio trafegava pela avenida Ataíde Teive, sentido centro/bairro, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 FAN, placa NUL-1940, de cor vermelha, quando colidiu na traseira do veículo FIAT/PÁLIO, PLACA NAW-8109, DE COR AZUL, que encontrava-se estacionado no acostamento daquela via; Que compareceram ao local, equipe do SAMU BRAVO COM CINCO TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E DR. JULIO; Que realizaram os primeiros atendimentos médico e informaram que Antonio teve poli traumatismo nos membros superiores, inferiores, torácico e abdominal e conduziram Antonio até ao Pronto Socorro Estadual Francisco Elesbão, para procedimentos médico especializado. A perícia foi realizada pelo perito João e auxiliar Marcio. A motocicleta foi encaminhada ao pátio do DETRAN e o veículo Palio entregue ao proprietário. É o Relato.

**A COMUNICANTE/PROCURADORA SENHORA LOURENÇA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ACRESCENTAR OS DADOS DA MOTOCICLETA QUE A VÍTIMA/OUTORGANTE/SEU ESPOSO TRAFEGAVA CONDUZINDO NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, SOFRENDO LESÕES CORPORAIS. Que esse aditamento é para fins de Seguro DPVAT. É o aditamento.  
CÓPIA DA PROCURAÇÃO ANEXA.**

**ASSINATURAS**

*Jefferson Inácio Araujo*  
Agente de Polícia Civil  
Mat 04200998  
Jefferson Inácio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

DAT  
17 MAIO 2019  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

*Lourença Alves Batista*  
Lourença Alves Batista  
(Comunicante / Procurador)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) titular(is) responsável(is) pelas assinaturas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 189-Denunciação Caluniosa e 247-Imputação Falsa do Código Penal Brasileiro."





Delegado de Polícia Civil: Eliane Gonçalves  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 17/05/2019 11:04  
Protocolo nº: Não disponível

04 JUL. 2019



Não foi feita a ficha do condutor do veículo, para garantir a segurança de todos os envolvidos.

 PREFEITURA BOA VISTA Trabalho e Lazer de Petrópolis	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> N° <b>1886</b> <b>EQUIPE SAMU BV</b> UNIDADE: <b>SAV</b> EQUIPE: <i>La Paz, Jesus, Rocha</i>	 SAMU 192																																			
Paciente: <i>Antonio da Silva Oliveira</i> Idade: <i>34a</i> Sexo: <i>M</i> Nacionalidade: <i>Brasileiro</i> Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ] Endereço: <i>av. dos Guimpeiros CT Afonso Teive</i> Bairro: <i>Divisópolis</i>																																					
Nº <i>23898</i> DATA: <i>29/12/18</i>		HORA JB: <i>20:50</i> BASE ( ) VIA <input checked="" type="checkbox"/> ( ) RÁDIO HORA JM: <i>20:55</i> <input checked="" type="checkbox"/> CELULAR																																			
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <i>EMCO</i> HORA JM: <i>20:55</i> <input checked="" type="checkbox"/> CELULAR																																					
[ ] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO: <i>APOLLO B5</i>																																					
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )																																					
<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro <b>PEDESTRE</b> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado <b>MOTOCICLETA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <i>carro</i> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda do Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto <b>BICICLETA</b> <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Garupa	<b>VIOLENCIA</b> <input type="checkbox"/> FAE <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros:																																			
<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox; <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:																																					
<b>VIAS AEREAS</b> <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Obstrução Parcial ( <i>Secreção mucosanguinolenta</i> ) <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:	<b>VENTILAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<b>CIRCULAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<b>AVAL NEUROLÓGICA</b> <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E <input checked="" type="checkbox"/> Aparelmente Alcoolizado <input type="checkbox"/> ONV																																		
Hora Início <i>21:05</i> Fim <i>21:15</i>	P.A mm/hg <i>PAS &gt;90</i> <i>PAS &gt;90</i>	F.C Bpm <i>54</i> <i>132</i>	F.R Mpm <i>25</i> <i>23</i>	Sat O <sub>2</sub> % <i>70%</i> <i>90%</i>	T. Axilar °C --- ---	Glicemia --- ---	Esc. visual "DOR" --- ---	APAGAR																													
<b>Pele</b> <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<b>Cabeça</b> <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<b>Pescoço</b> <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Outra	<b>Tórax</b> <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponeamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento <i>Alcortec 4x10</i>	<b>Abdome</b> <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Distendido ( <i>lexente</i> ) <input type="checkbox"/> Em tábua <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração																																
<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input checked="" type="checkbox"/> Shift	<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	<b>MMSS</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura ? <input type="checkbox"/> Amputação	<b>MMI</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura ? <input type="checkbox"/> Amputação	<b>QUEIMADURAS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>QUEIXA</th> <th>PESSOÇO</th> <th>TORAX ANTERIOR</th> <th>TORAX POSTERIOR</th> <th>OCULTAL</th> <th>MSD</th> <th>MSL</th> <th>MSD</th> <th>MSL</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				QUEIXA	PESSOÇO	TORAX ANTERIOR	TORAX POSTERIOR	OCULTAL	MSD	MSL	MSD	MSL	TOTAL %	1°										2°									
QUEIXA	PESSOÇO	TORAX ANTERIOR	TORAX POSTERIOR	OCULTAL	MSD	MSL	MSD	MSL	TOTAL %																												
1°																																					
2°																																					
<b>RESPIRATÓRIA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<b>RESPIRATÓRIA</b> <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<b>RESPIRATÓRIA</b> <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <b>TRAUMA</b>		<b>RESPIRATÓRIA</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso		<b>RESPIRATÓRIA</b> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros ?																													
Observações observadas: [ ] ILESO [ ] PEQUENA [ ] MÉDIA <input checked="" type="checkbox"/> SEVERA [ ] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA																																					
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) <i>Francisco Carlos Oliveira</i> Médico																																					
[ ] Cancelamento [ ] Recusa de Atendimento [ ] Não se encontra no local [ ] Recusa de hospitalização [ ] Trote [ ] Bombeiro no local:					MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <i>B5</i>																																
[ ] Iniciada as: [ ] RCP com sucesso [ ] RCP sem sucesso [ ] Obs.:					OBSERVAÇÕES <i>EM 10.01.19</i> <i>Stephanie</i> F.V.																																
[ ] Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR [ ] Pronto Atendimento [ ] Coronel Mota					[ ] Pol. Coema e Silva - PCCB [ ] Hosp. Santo Antônio - HCSA [ ] HMNSN [ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR [ ] Hosp. Lote Iris - HLI [ ] Outros																																

04 JUL. 2019



TERMO DE RECUSA

PERTELENÇA DO PACIENTE

Descrição: Elison Erasmo Apolônio da Costa (carteira + documentos + 19,00)

Nome do Receptor: Elison Erasmo A. da Costa

Função do Receptor: Enfermeiro

Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_

Declara para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Stamp: SAMU 152-BV CONFIRMAÇÃO ORIGINAL Em 11/07/19 Stephanie

GESTANTE

IG p/ semana: \_\_\_\_\_

Perda da líquido: \_\_\_\_\_

Movimentos fetais: \_\_\_\_\_

BCF: \_\_\_\_\_

MATERIAL E MEDICAÇÃO

01 SF 500ml

01 cateter O2

01 atadura 10'

01 compressa

01 álcool (08 panes)

01 gaze

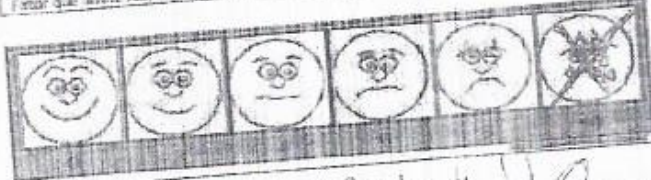
01 xileo 18

01 soro fisiológico

Abertura Ocular	Cristalinidade	Pontos
Abertura ocular preservada à esquerda	Esquerda	4
Abertura ocular preservada à direita	À direita	2
Abertura ocular após em estimulação de estímulos dos olhos	A. Posição	1
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Outros fatores de risco e fator local	Não Testável	NT
Resposta Pupilar	Pontos	
Resposta pupilar relativamente ao nível local e distal	Esquerda	5
Resposta não orientada em comparação com o outro	Direita	4
Palavras ilegíveis e insignificantes	Palavras	2
Aparias pupilares	Sinal	2
Ausência de resposta pupilar, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Pontos	
Compreensão do ordem com 2 ações	A ordem	5
Atenção do paciente ao nível da dor e estímulo de referência do paciente	Localização	5
Flexão do membro superior, nível do cotovelo, padrão praxiológico não normal	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão praxiológico normal	Flexão normal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere resposta motora	Não Testável	NT



04 JUL. 2019



\* Agravamento pl acrímenia de acidente de moto (x curso); após à BS. Ao chegamos no local encontramos: o pcte já estabilizado com collar cervical + prancha utíclav head Block + imobilização do M5 (S) e M1 (B). Foi realizado curto laceração + aproximação vascular. Paciente agitado; sudoreico; verbalizando dor. Anestésico temporoparietal (B) + ... (B) + lacração em

Relatório Médico

Ocorrência em Espaço de Brava I na Maré. Choque de na local do acidente. Paciente Mr. Prancha Realizada com Prancha de Trauma Realizada Imobilização de M5 D e M1 E vs. Deformidade e Proximal Fratura Fechada. Apresentação Auto étlica R.M. T.C.E. Temporoparietal (B) Trauma Facial com Escarificadas e lacrações Per. Orais e Mucosas Trauma Torácico. Arterial e Stroke

11

111 F2. 138 x 1 F2



men) + escoriações over abdome lante-  
men) + possível fratura em H5 (D) de  
H5 (D). Foi concluído ao  
HOR/GT em Or sob cateter nasal.  
Enfermeira  
COREN-RV 111273-RR

mal. in. oral. Abdome Durecido e Ho  
Encaminhado para PSF E Sam Lulo  
Cirurgia Transporte  
Assinatura e carimbo do profissional  
DR. JOSÉ IRENEIA  
MÉDICO  
11/11/2019

29/12/2018

... Guia de Atendimento 17 ... 991651639

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul Ass.

Reclassificação:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul Ass.

Reclassificação:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul Ass.

Reclassificação:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul Ass.

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Paciente: **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**

Data Nascimento: **18/12/1983** Idade: **35 A 0 M 11 D** CNS: **77111940210** CPF: **77111940210**

Tipo Doc: **IGNORADO** Documento: **221866** Órgão Emissor: **SSPRR** Sexo: **M** Estado Civil: **PA** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **MONCAO - MA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA** Pai: **NI** Contato: **(95) 99129-1822** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Endereço: **RUA - ONDITE DE LIMA PEREIRA - 202 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **URGÊNCIA** Autorização: **LEANDRO** Sis Prenatal: **LEANDRO**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **URGÊNCIA** Procedência: **URGÊNCIA** Temp.: **URGÊNCIA** Peso: **URGÊNCIA** Pressão: **URGÊNCIA**

Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **URGÊNCIA** Registrado por: **LEANDRO**

Queixa Principal: **Politrauma c/ fratura de tórax e tórax da tórax**

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Queixa Principal: **Politrauma c/ fratura de tórax e tórax da tórax**

GSC: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_:\_\_\_ h)

**Acidente de trânsito, alcoolizado, vítima de acidente de trânsito**

Exame Físico

**Beig, lábil, xerô, desidratado, com traços de desidratação**

Hipótese Diagnóstica

**Politrauma c/ fratura de tórax e tórax da tórax**

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APPRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>Paracetamol 1000mg</b>	<b>03:30</b>	
<b>Dipirona 1g</b>	<b>03:30</b>	
<b>Paracetamol 1000mg + Dipirona 1g</b>	<b>03:30</b>	

Conduta

Alta por Decisão Médica  Ambulatório

Alta a Pedido  Observação (Até 24h)

Alta a Revelia  Internação

Transferência para: **ambulatório** Data e Hora da Saída/Alta: **16/07/2019**

óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  Anatomia Patológica

**Joel Chazaga de Souza**  
Médico Infectologista  
CRM 1502 - RQE 627

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Bacemaxile**

Assinatura do Médico: **Joel Chazaga de Souza**

Impresso por: **leandro** Data Hora: **29/12/2018 21:44:26**

**Medicina At Longo Geral**



04 JUL. 2019



30/12/18 - Puncto e fratura de ~~metacarpo~~ quinto dedo  
com edema e equivo em face. Sem  
trais fraturas e abno de f. b. de  
osso de fer. Aponta que as  
arcas zygomaticas foram sem d. b. t.

Ad. 10101 - elite BMR  
C.D. trauma de fer.

Dr. Dennis Pinella  
Dr. Paulo Marcelo  
CRM-RS 538

30.12.18  
11h

Urgência geral

04 JUL. 2019

Paciente vítima de queda de moto ontem à noite  
representando trauma abdominal contuso e fratura  
(exposta?) em M. Sulco superior direito e em M I D. <sup>fratura exposta</sup> Orto-  
pedista da plantar (di: Max) veio cavalari nesse momen-  
to o paciente e definiu que aguarda petri Raio x  
de membros afetados para definir conduta (di: Pablo,  
Médico do GT, presente no momento de avaliação  
ciente). No momento, hemodinamicamente está estável, <sup>lúido</sup> lúido e  
ventado, supne com a <sup>distal</sup> distal  
2 avaliando com da abdominal <sup>distal</sup> difusa.

- 2 TC -> lesão de baço + hepática com bastante  
quantidade de líquido livre em cavidade.
- 2 Realizado novo raio x de MSD e MID -> aguardando  
conduta
- cb: - ao CC para LE pela varuga geral de ortopédia

Marla Mikaelly D. de Medeiros  
Médica Residente de  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1993




dra. Giana  
R2 de Geras.

Max Souto  
Ortopedia e Traumatologia  
transição  
CRM-RR 195

# BLOCO B

data 23.03.2019

 Sistema Unidade de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CREDENCIANTE

4 - CNES

*Antonio da Silva Almeida*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO REGISTRO DE SAÚDE

7 - Nº DO REGISTRO NACIONAL DE SAÚDE (RNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO PARA ATENDIMENTO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

*Antonio da Silva Almeida*

*121844*

*20100041911712505*

*18/12/83*

*M*

*Francisco da Silva Almeida*

*R. Andite de Lima Pereira, 202, Cidade Satélite*

*Boa Vista*

*R/R*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Politrauma: trauma hepático*

18 - DIAGNÓSTICOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*# Dra Liana / Re Lucas / Re Maria*

*as acima*

**04 JUL. 2019**

19 - DIAGNÓSTICO DE LESÃO POR ARMA DE FOGO (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*anoxia + EF*

20 - CATEGORIA DE LESÃO

21 - C610 PRINCIPAL

22 - C610 SECUNDÁRIO

23 - C610 TERCIÁRIO

*Politraumas / Trauma hepático*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - LOCAL DE INTERNAÇÃO

27 - LOCAL DE INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

*Internação*

*CG*

*Reus Duarte*

*30/12/18*

*Reus Duarte*

*Médico*

*CRM-RR 1767*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO - FERROVIA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO - TRAFEGO

36 - CIPSA DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SERIE

39 - CNPJ EMissor

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DE ASSINATURA

48 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*Reus Duarte*

*0407040161 -> 5311*

*5723*

*1299*

*Achep -> 0408050098*



Paciente com  
 sintomas de GI  
 vômitos e diarreia  
 e dores abdominais  
na região de  
abdome  
inferior  
central

04 JUL. 2019

  
 Max S.  
 Ortopedia e  
 Medicina do  
 CRM-RR



BOLETIM OPERATÓRIO

Antônio da Silva Oliveira

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/12/18 O.S. 02

04 JUL. 2019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: trauma abdominal fechado

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: emergência

TIPO DE INTERVENÇÃO: laparotomia exploradora

ML CAÇÕES E ACIDENTES: não houve

DIA. :ÓSTICO OPERATÓRIO: lesão hepática (segmento VI e VII)

CIRURGIÃO: Dr. R. P. Lima 1º AUXILIAR: R. L. Lucas

2º AUXILIAR: R. S. Marla INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Liana La Rosa  
 Cirurgiã Geral  
 CRM-RR 1216/RQE 47

- 1) Paciente em DDH sob anestesia geral + AA + CCE
- 2) Incisão mediana xifóptica + incidência por planos até cavidade.
- 3) Inventário: - moderada quantidade de sangue em cavidade ( $\pm$  1 litro): aspirado contido.  
 - lesão hepática em segmento VI e VII com sangramento ativo: colocado globoam  
 - revisados todos os demais órgãos em cavidade sem evidência de outras lesões, inclusive em retro peritônio.
- 4) Realizada limpeza de cavidade e revisão cuidadosa de hemostasia.
- 5) Sinteria por planos até pele + limpeza + costura

6661 18/07/2019  
 1500 08/07/2019  
 1500 08/07/2019  
 1500 08/07/2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

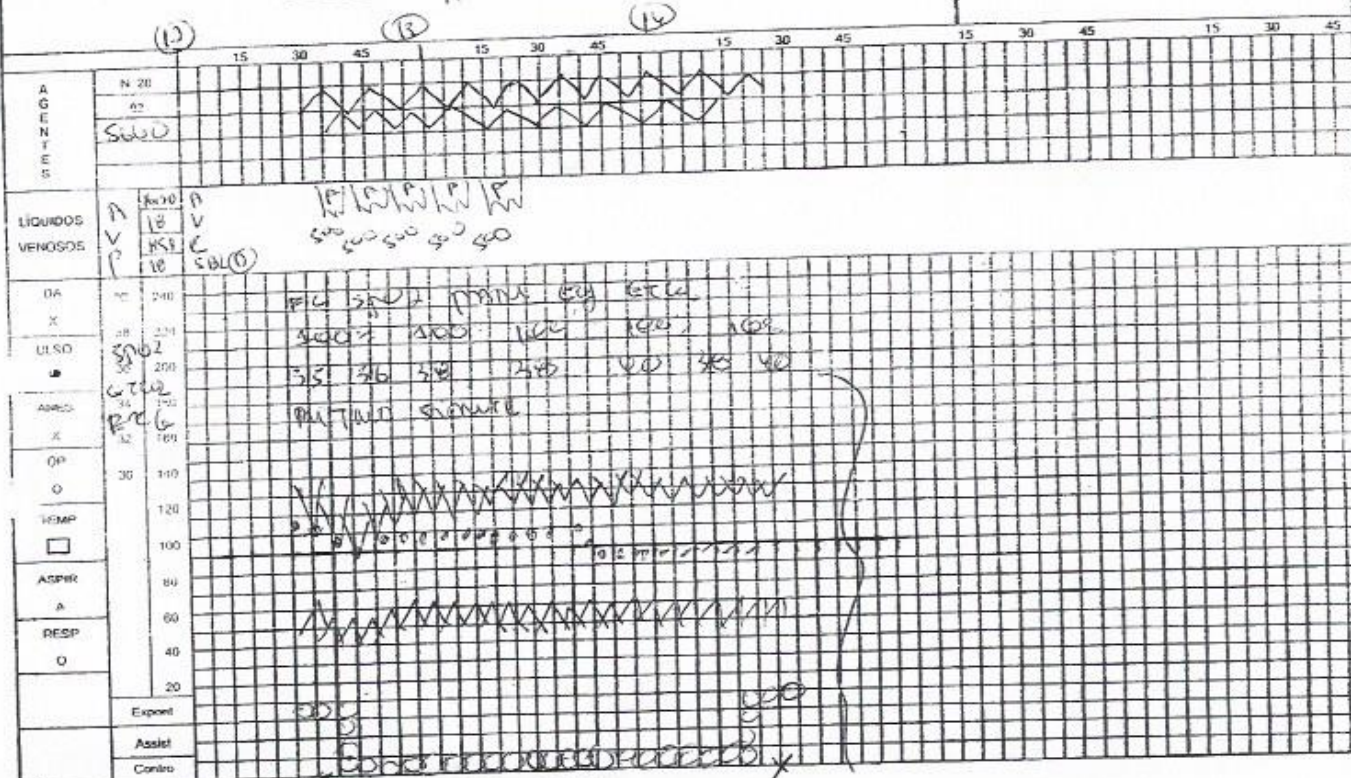
Antemio DA SILVA OLIVEIRA, 35a

Boa Vista - RR

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

30.12.18



04 JUL. 2019

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl 350 µg		AGB SOB UHZ + ZOT	X - check list: normalização, avaliação, oxigenação e pontos
B Propofol 50 µg		cateterismo A 101 cm	3 - cu sob máscara
C Propofol 160 µg		sistema arterial	4 - Imobido com agentes: A+B+C
D Lidocaina 2x 60 µg			5 - ZOT SOB LD e tubo 7.5
E			6 - Apofolim 1g (10)
F			7 - tilotal 40 µg (10)
			8 - amilona 1g (10)
			9 - midazolam 2mg (10)
			10 - NALBUFINA 10 µg (10)
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cáries - Mão / Oro / Faríngeo	
NDCD		Naso / Orotrapez / Orelha	tubo 7.5
SANGUE		Bat - Temp - Cat - Oro / Tabo	
58 09 - 2500		Sob Máscara	NOO
		Orientado Técnico	
TOTAL	2500 ML	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Laparotomia exploradora	02:00 PM.	
ANESTESIA	M. Mo Paulo / 5000 Pt	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
		Dr. Liara	

11 - aspirador Bala e UHZ Arterial  
12 - extubação com sucesso

Dra. Ana Paula Thomé  
Médica Anestesiologista  
CRM-RR 1408

AO 67





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
NATÁLIO DA SILVA OLIVEIRA			30 11 2018

TIPO	CIRURGIA		
	INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
LAPAROTOMIA	12:59	14:12	

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dra Ana Paula Dr R José Neto
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
Dr R2 Lucas Duarte		
Dr R1 Marcelo		
	CIRCULANTE	
	CLAUDENIZ + JHONATAN	
	TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0, 1.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROM	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM BOLBA COLÉFORMA	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA SOWDA FELEY 18	
			1	OUTROS: ELETRODOS	

**ALIVE HEART** REF CD-D0720  
Conjunto Cateter Duplo 7Fr x 20cm  
RMS 80415440032  
Alive Heart Mat. Méd. Ltda  
CNPJ 04.352.265/0001-00  
LOT 1180812F 2023-08-11

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA CHEFE	04 JUL. 2019	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	A DE SALA	
CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	SOMA
Vanessa, Jhonatan	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



30/12/18 - Parte a ser de ~~teste~~ ~~agora~~ ~~fora~~  
com edema e equimose em face. Sem  
traus frangido e edema de face de  
osio de face. Agudo que se  
traus frangido fora da de face.

Ho ~~vi~~ ~~or~~ - este BMR  
ca. trauma de face

Dr. Dentista Dr. Paulo  
Dr. B. do Maxilo  
CRM-RR 505

30.12.18  
11h

04 JUL. 2019

Virunga qual

Paciente vítima de queda de moto ontem à noite  
representando trauma abdominal contuso e fratura  
(exposta?) em M. Subrio superior direito e em M I D. <sup>fratura exposta</sup> Orto-  
pedista do plantar (di: Max) veio casual a nesse momen-  
to o paciente se referiu que aguarda petri Raio x-  
de membros afetados para definir conduta (di: Pablo,  
médico do GT, presente no momento da acolhida,  
cont). No momento, hemodinamicamente estável, lucido e  
avertado, expulso em ~~ca~~ ~~at~~ ~~ionado~~ ~~hid~~ ~~distado~~  
to evoluindo com dor abdominal difusa.

TC -> lesão de baço + hepática com bastante  
quantidade de líquido livre em cavidade.

Realizado novo raio x de MSD e MID -> aguardando  
conduta  
Cb: - ao CC para LE pela virunga qual de ortopede

Marta Mikaelly D. de Matos  
Médica-Residente de  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1993



dra. Juliana  
R2 Ortop. ~~1024287-84~~  
Max Souto Maior  
Ortopedia - Traumatologia  
Medicina - Transito  
CRM-RR 195



**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



**RECEITUÁRIO**

NOME: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

UNICO MÉDICO

Paciente acima citado se encontra internado no Hospital Geral de Roraima no leito 03 do bloco F.

Paciente vítima de acidente de trânsito (moto), evoluindo com fratura distal da tíbia fechada de femur

no momento requer internado para realização do procedimento cirúrgico

Dr. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19101/R

DATA 07/01/2019

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

04 JUL. 2019





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

DECLARAÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

IDADE: 35A

Declaro para os devidos fins que o paciente supracitado, encontra-se internado no HGR, bloco A, leito 119-3, desde o dia 29/12/2018, vítima de politrauma, apresentando lesão abdominal fechada (com lesão hepática), sendo submetido a tratamento cirúrgico de urgência pela especialidade de cirurgia geral e fratura exposta de fêmur direito, esta tratada em caráter de urgência pela especialidade de ortopedia e traumatologia. Permaneceu aos cuidados da cirurgia até o dia 03/01/2019, estando desta data até atualmente aos cuidados da ortopedia. No momento encontra-se em BEG, LOTE, CHAAA, com tração transtibial à direita e membro com boa perfusão distal. Aguardando procedimento cirúrgico ortopédico definitivo (osteossíntese de fratura de fêmur) e sem previsão de alta, uma vez que as cirurgias eletivas foram suspensas pelo Conselho Regional de Medicina (CRM-RR) devido a grave crise de desabastecimento de material hospitalar. Declaro ainda que o risco de complicações funcionais no membro afetado e sistêmicas, aumenta proporcionalmente ao tempo de espera pelo procedimento cirúrgico.

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

04 JUL. 2019

DR FERNANDO REZENDE CRUZ  
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HGR/UFRR  
CRM-RR 2007

Boa Vista - RR, 19 de fevereiro de 2019.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel: (85) 2121-0615



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

DECLARAÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

IDADE: 35A

Declaro para os devidos fins que o paciente supracitado, encontra-se internado no HGR, bloco A, leito 119-3, desde o dia 29/12/2018, vítima de politrauma, apresentando lesão abdominal fechada (com lesão hepática), sendo submetido a tratamento cirúrgico de urgência pela especialidade de cirurgia geral e fratura exposta de fêmur direito, esta tratada em caráter de urgência pela especialidade de ortopedia e traumatologia. Permaneceu aos cuidados da cirurgia até o dia 03/01/2019, estando desta data até atualmente aos cuidados da ortopedia. No momento encontra-se em BEG, LOTE, CHAAA, com tração transtibial à direita e membro com boa perfusão distal. Aguardando procedimento cirúrgico ortopédico definitivo (osteossíntese de fratura de fêmur) e sem previsão de alta, uma vez que as cirurgias eletivas foram suspensas pelo Conselho Regional de Medicina (CRM-RR) devido a grave crise de desabastecimento de material hospitalar. Declaro ainda que o risco de complicações funcionais no membro afetado e sistêmicas, aumenta proporcionalmente ao tempo de espera pelo procedimento cirúrgico.

Dr. Fernando Rezende Cruz  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

04 JUL. 2019

DR FERNANDO REZENDE CRUZ  
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HGR/UFRR  
CRM-RR 2007

Boa Vista - RR, 19 de fevereiro de 2019.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel: (95) 2121-0615



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel: (95) 2121-0615

04 JUL. 2019

Dr. M. Aguiar  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1995

Dr. M. Aguiar  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1995

Boa Vista-RR, 13 de fevereiro de 2019.

Paciente internada no HGR, bloco A, leito 119-3, desde o dia 29/12/2018, apresentando diagnóstico de fratura diafisária de fêmur direito. Aguardando procedimento cirúrgico. Sem previsão de alta, pois na unidade não esta sendo programado cirurgias pelo desabastecimento de material.

Idade: 35

Nome: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA  
DECLARAÇÃO/LAUDO MÉDICO

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANCA CIRURGICA

ANTES DA INICIAÇÃO

Anestesista: Dr. Cezar Rabelo

Cirurgião: Dr. Paulo Roberto (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós-Operatório)

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

CONFIRMAÇÃO DE INICIAÇÃO DE ANESTESIA  
PACIENTE CONFIRMOU:

- 1) História de
- 2) Sítio Cirúrgico
- 3) Procedimento
- 4) Consentimento ( ) Sim ( ) Não

TESTE CURT CÍRCULO  
 Aplicado  Não se Aplica

TESTE DE BEM RECAIDO  
 Não  Sim  Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANCA ANESTESICA  
CONCLUIDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
 Não  Sim, Qual:

QUANTIDADE DE FLUIDOS DE ASPIRAÇÃO  
 Não  Sim, e qual quantidade/sistema disponível:

VOLUME DE FLUIDO SANGUÍNEO > 500 ml  
 Não  Sim, e qual volume adequado e planejamento para fluidos

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:  Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:  
REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer precauções.

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
 Não se aplica  
 Sim, Qual: cefepime 2g Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim  
 Não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
 Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
 Sim ( ) Não  Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
 Sim ( ) Não  Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
 Sim  Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE  
 Sim ( ) Não  Não se Aplica

Assinatura e Carimbo





**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

NOME: Antônio da Silva Oliveira

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

Data: 30/12/2018

Reg. Idade: 35 anos

Chegada: 12:35

Emergência ( U.T.I.1  
 U.T.I.2  
 Outros: \_\_\_\_\_

Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_

**TRANSOPERATÓRIO**

Entrada na Sala Cirúrgica: \_\_\_\_\_

Início da Anestesia: \_\_\_\_\_

Início Anestesia Cirúrgica: \_\_\_\_\_

Término Anestesia Cirúrgica: \_\_\_\_\_

Saída S.O.: \_\_\_\_\_

Cirurgia Realizada: laparotomia

Anestesia: geral

Posicionamento: dorsal

Hidratação: Infundida

Antibiótico: T.ampic

Hemoderivados: \_\_\_\_\_

SF a 0,9%: 2,500

Nome: Cláudia

CH: \_\_\_\_\_

SG a 10%: \_\_\_\_\_

Dose: 2,5g

plasma: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Nº de compressas colocadas: Não

Nº de compressas recolhidas: Sim

Sinais Vitais: 92 ppm

SAT: 100 %

**SRPA**

Cirurgia Realizada: laparotomia

Anestesia: geral

Localização: \_\_\_\_\_

Entradas: \_\_\_\_\_

CH: \_\_\_\_\_

SNG: \_\_\_\_\_

Dreno: \_\_\_\_\_

Diurese: \_\_\_\_\_

SNG: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 45 \_\_\_\_\_ 2% \_\_\_\_\_ 3h \_\_\_\_\_ 3h30 \_\_\_\_\_ 2h \_\_\_\_\_ 3h+ \_\_\_\_\_

1. Sonda \_\_\_\_\_

2. Curativo \_\_\_\_\_

3. Dreno \_\_\_\_\_

4. Aceite Verruco \_\_\_\_\_

5. Outros: \_\_\_\_\_

Balanco Hídrico: \_\_\_\_\_

EV: \_\_\_\_\_

HV: \_\_\_\_\_

Entradas: \_\_\_\_\_

CH: \_\_\_\_\_

**Sinais Vitais**

T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 45 \_\_\_\_\_ 2% \_\_\_\_\_ 3h \_\_\_\_\_ 3h30 \_\_\_\_\_ 2h \_\_\_\_\_ 3h+ \_\_\_\_\_

1. Sonda \_\_\_\_\_

2. Curativo \_\_\_\_\_

3. Dreno \_\_\_\_\_

4. Aceite Verruco \_\_\_\_\_

5. Outros: \_\_\_\_\_

Balanco Hídrico: \_\_\_\_\_

EV: \_\_\_\_\_

HV: \_\_\_\_\_

Entradas: \_\_\_\_\_

CH: \_\_\_\_\_

SNG: \_\_\_\_\_

Dreno: \_\_\_\_\_

Diurese: \_\_\_\_\_

SNG: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 45 \_\_\_\_\_ 2% \_\_\_\_\_ 3h \_\_\_\_\_ 3h30 \_\_\_\_\_ 2h \_\_\_\_\_ 3h+ \_\_\_\_\_

1. Sonda \_\_\_\_\_

2. Curativo \_\_\_\_\_

3. Dreno \_\_\_\_\_

**Legenda**

1. Eletrodos \_\_\_\_\_

2. Oximetro \_\_\_\_\_

3. PVC \_\_\_\_\_

4. Placa de Bisturi \_\_\_\_\_

5. Inj. de \_\_\_\_\_

6. Cateter \_\_\_\_\_

7. Venoclise \_\_\_\_\_

8. Dreno \_\_\_\_\_

9. SNG \_\_\_\_\_

10. Fala de Smarch \_\_\_\_\_

11. Outros: \_\_\_\_\_

3. Sinais Vitais: 92 bpm

FC: 100 bpm

PA: 130 X 65 mmHg

SA: 100 %

Regular:  Irregular:

4. Condições da Pele: 67 bpm

PA: 130 X 65 mmHg

SA: 100 %

Regular:  Irregular:

5. Condições da Pele: 67 bpm

FC: 100 bpm

**Destino: SRPA ( ) U.T.I. ( ) Outros:**

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE - RR/2015

800 - op do h E

(S)

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA GERAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

LEITO

ok

VJ

F-03

ERRATA

NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13.	14	15	SINAIS VITAIS	DE XT RO	INSULINA REGULAR	HORA	DEXT RO	INSULINA	DATA	
Marta Maria da Silva Oliveira	Dieta zero <del>assimilada</del>	AVP pérvio	SF 0.9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h	Dipirona 1g EV 6/6h <del>fixo</del> (FIXO)	Plasil 10mg EV 8/8h <del>fixo</del> (FIXO)	Ranitidina 50mg EV 8/8h ou Quebrapapa 40mg EV 1 vez ao dia	Sinais vitais de 6/6h	Cuidados gerais da enfermagem	Insulina regular e/ou GH 50% conforme esquema abaixo	Captopril 25mg VO se PAS >= 160mmhg e/ou PAD >= 110mmhg	Munitivo diário	Leptirena 1g EV 12h   12h	Amorfinol 100mg + SF 0.9% 100ml EV 8h   8h	Amorfinol 100mg + SF 0.9% 100ml EV 8h   8h	PA 136/90   TAX 35.2   FC 107   DU   EVACUAÇÃO   CURATIVO	18R	INSULINA REGULAR	12H < 180	18H GH 50% 40 ML - EV	24H 06H	< 70	20.00 09:15 x 77 FC: 77 T: 35.9
																						4h - PA 120/75 FC: 77 Tax: 36.2

18h - diurese 300ml





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



F-03

ALERGIA: NÃO:  SIM:

NOME: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

LEITO

DATA: 31/12/19

HD: 1º DPO - LESÃO HEPÁTICA

Dra. Lana  
Anotações da Enfermagem

1	DIETA LIQUIDA/ PASTOSA			
2	AVP			
3	CEFTRIAXONA - 1g - EV - 12/12h			
4	DIPIROXA - 1g - EV - 4/4h			
5	TRAMADOL - 100mg 5% 9% 100ml			
6	MORFINA - 1ml AD - 9ml			
7	ONDANSETRONA - 4mg - IV - 8/8h			
8	SSVV + CTGG			
9	CURATIVO DIÁRIO			
10	AO BLOCO SE VAGA			

Dr. George Henrique  
Medicina, Especialista de  
Cirurgia Geral  
CRM-RR: 1803

para o leito  
F-03

HORÁRIO	12H	18H	24H	DEXTRO	INSULINA Regular	GLICOSE 50% 40 ml EV	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	148/70	130/60	96/60	< 200	0 UI - SC		PA = 120 x 60		
FC	58 bpm	92	70	201-250	02 UI - SC		FC = 90		
TEMPERATURA		36,2°C	36,1	251-300	04 UI - SC		FR = 22		
FR	19 ml/min	19 ml/min	20 ml/min	301-350	06 UI - SC		Tax = 36		
DIURESE		1200 ml		351-400	08 UI - SC				
EVACUAÇÃO				> 400	10 UI - SC				
CURATIVO									

Clayton Cortes Vales  
COREN-RR 247.764-TE







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



ALERGIA: NÃO: ● SIM: ○

NOME		SINAIS VITAIS					LEITO	F 03	DATA	HORA		
Antônio da Silva Oliveira		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	01/01/19	HORA	DEXTRO	INSULINA	
1	Dieta liquido pastosa	129 / 76	125 / 77	137 x 79	110 x 80	< 70	Glicose 50% 40 ml EV	HD	Pós op de le			
2	SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6h/6h	83	77	84	71	< 200	0 UI - SC					
3	Ceftriaxona 1g EV 12h/12h	36	37,3°C			201-250	02 UI - SC	Dr. Antonio				
4	Dipirona 1g EV 4/4h					251-300	04 UI - SC					
5	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h, SN					301-350	06 UI - SC	Anotações da Enfermagem				
6	Ondansetrona 8mg EV de 8/8h					351-400	08 UI - SC					
7	Omeprazol 40mg EV ou VO 1x/dia					>400	10 UI - SC					
8	SSVV + CCGG						CHAMAR PLANTONISTA					
9	Curativo diário											
10	666 L RR-VIRO											
11	666 L RR-VIRO											
12	666 L RR-VIRO											
13												
14												
15												
16												

Handwritten notes in the table cells:  
 - Row 1: SNB, 180 NTF, 24 DS, 06 NTF, 050  
 - Row 2: 08 NTF, 06 NTF  
 - Row 3: 08 NTF, 06 NTF  
 - Row 4: Insulina Curativo







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



ALERGIA: NÃO:  SIM:

*[Handwritten signature]*

NOME	Antônio da Silva Oliveira			LEITO	F 03	DATA	02/01/19
1	Dieta oral branda						
2	SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6h/6h						
3	Ceftriaxona 1g EV 12h/12h						
4	Dipirona 1g EV 4/4h						
5	Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h, SN						
6	Ondansetrona 8mg EV de 8/8h						
7	Omeprazol 40mg EV ou VO 1x/dia						
8	SSV + CCGG						
9	Curativo diário						
10	<i>Petunha SMD</i>						
11							
12							
13							
14							
15							
16							

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	115 X 73	123 X 76	140 X 70	130 X 80	< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC	73	73	70	70	< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA	36,7	36,8	36,8	36,8	201-250	02 UI - SC			
FR	18	18	20	18	251-300	04 UI - SC			
DIURESE					301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO					351-400	08 UI - SC			
CURATIVO					> 400	10 UI - SC			

*18:00 - encaminhada a med. do internado para avaliação desta em folha na farmácia.*

*Josilene S. Galvão*  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 006.332

*Josilene S. Galvão*  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 006.332

Anotações da Enfermagem  
16hs - Retornado sendo  
verical da dermora.

*Terezinha A. B. Silva*  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 71579

**Núcleo de Enfermagem em** Protocolo n 1  
**Tratamento de Feridas -** HGR  
 Paciente: Antônio da Silva Oliveira  
 Data: 03  
 Data: 02/02/19  
 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Localização		Região: <u>ped</u>		Região: <u>M.T.D.</u>
Etiologia	<input type="checkbox"/> Ipp III IV 2º <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> T.M. <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fator Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Ipp III IV 2º <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fator Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leto	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perifoneal	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Vanessa / gab</u>		<u>Vanessa / gab / Cassia</u>	
Observações:				



**HIGER**  
**SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA**



ALERGIA: NÃO: ● SIM: ○

03



PROVE	Antes do Sino Oliveira	LEITO	F 03	DATA	03/01/19
1	Dieta oral branda				
2	SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6h/6h		SMD		
3	Ampicilina-subactam 1,5 mg EV 6h/6h		SUSP		
4	Dipirona 2g EV 4/4h		2g		
5	Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h, SN		2g		
6	Ondansetrona 8mg EV de 8/8h se náuseas ou vômitos		SN		
7	Omeprazol 40mg EV ou VO 1x/dia		40g		
8	SSVV + CCGG				
9	Curativo diário				
10	Aos cuidados da ortopedia				
11	Alta pela cirurgia geral				
12					
13					
14					
15					
16					
SINAIS VITAIS					
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO
PA	134/75 mmHg	122/83	100/70	110/73	Insulina Regular
FC	63 bpm	64	61	67	Glicose 50% 40 ml EV
TEMPERATURA	37°C	36,5°C	36,5°C	36,5°C	< 70
FR	18 rpm	19	19	19	< 200
DIURESE					201-250
EVACUAÇÃO					251-300
CURATIVO					301-350
					351-400
					>400
					CHAMAR PLANTONISTA

Angústias da Enfermagem  
 11 cts + prent segue em  
 relatório no folio 5º pg  
 preta no margem  
 Realizado curativos e  
 curativos e medicações c/ Ref  
 Ten. Cel. R. L. L.

18h Raven li medicamentos conforme prescrição médica  
 Realizaro sinais vitais, seguir a condutas na enfermeira e enfermagem

*[Handwritten signature]*

3  
03

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA		DN	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		HAS		DM2 DATA 21/19	
DIAGNÓSTICO FRATURA FEVRA		LEITO		DATA	
ALERGIAS		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
IDADE		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	Dr. Marcelo Marques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 18198				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				


EVOLUÇÃO MÉDICA: 17/6 Realizado curativo de Acesso Central - Enf. I. Pereira Barros.

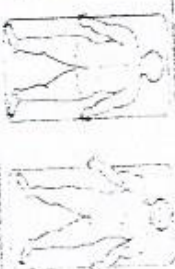

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	110x90	70		36°C
12 H	130x80	83	18	36,5°C
18 H	130x76	69		36°C
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

18/17 permitiu no v. no f. no  
n. no v. no f. no  
5. no v. no f. no  
no v. no f. no





 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - <b>HGR</b>	Protocolo nº 1	Veiculação: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <b>Antonio das S. Oliveira</b> Leito: <b>03</b>	Data: <b>04/01/19</b>		

Localização		Região: <b>M.S.D</b>		Região: <b>Abd.</b>
Etiologia	<input type="checkbox"/> L.P.P. I II III IV 2* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> L.P.P. I II III IV 2* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira ( ) Estiavelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira ( ) Estiavelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros <input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perifoneal	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serososanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		<input checked="" type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Alcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% ( ) Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Silibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Alcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% ( ) Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Silibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Silibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colágeno/Silibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Profissional que realizou procedimento:	Rosineide P. Nunes Tét. em Enfermagem COREN-RR 778.677 Juacilene Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 389.803 Lucileide Juacilene Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 389.803		Rosineide P. Nunes Tét. em Enfermagem COREN-RR 778.677 Juacilene Gomes de Lima Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 389.803	
Observações:				



F=08 *leito 3*

 <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FX Fêmur D	HAS	DM2 DATA 05/03/19
ALERGIAS		LEITO	
IDADE	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
ITEM			5:00
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	CLEXANE 40 mg 2x/dia SC		
16	MORFINA 10mg + 9ml AD - 3ml 2/8h		
17	EV S/N		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

*[Signature]*

SINAIS VITAIS	T	P	PA:	R.
6 H		83	100x70	
12 H	35.3	92	107x75	20rpm
18 H		93	110x70	
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA.

*Ob. tratamento medicamentoso e fisioterapêutico conforme prescrição médica.*



F-03 5-03



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	06/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12:00-14:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12:00-14:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				SU
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Resolvida
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SU
14	CURATIVO DIARIO				curativo
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				SU
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Marcus Branner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1817/RR

SINAIS VITAIS	120x80	84	35.6°C	
6 H				
12 H	129/87	67	39	36,4°C
18 H	128/88	68	39	36,3°C
24 H	130x80	83		36,6°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

07 as 19hs.  
Feito medicações  
CPM, aferido SSVU.



Aurilene Manguabe Nascimento  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 387.287-7E





F03

03

 <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	AVRNCIO DA SILVA OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	TRAUMA FERIDA ABERTA		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	07/01/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia		S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	17 <sup>h</sup> 18 <sup>h</sup>	24 <sup>h</sup> 06 <sup>h</sup>
4	TILATIL 20mg 12/12hs	12 <sup>h</sup>	24 <sup>h</sup>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	S/N	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	14 <sup>h</sup>	22 <sup>h</sup> 06 <sup>h</sup>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H	S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	CLEXANE 40 mg SC 1X/DIA		(16) NTF
16	Dr. Marcelo Marques		
17	Médico Residente		
18	Ortopedia e Traumatologia		
19	CRM 1818/RR		
20	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

p/BLB 212-3

SINAIS VITAIS	PA	P	TAA	FR.
6 H	140x80	74	36.3 °C	20 rpm
12 H	122x85	77	36.3 °C	19
16h	124x86	78	36.5 °C	18
24 H	130x80	78	36.5 °C	20

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.


*[Handwritten signature]*  
 Conselho Regional de Medicina do Brasil  
 CRM 1818/RR







03  


 <p align="center"><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>  <b>SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA</b>  <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b></p>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA</b>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<del>24h</del>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<del>24h</del>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR INTENSA				} SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	GLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16	Retirar pontos alternados				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESQUEMA, 200 250 2UI 251 300 4UI 301 350 6UI,				
20	351 400 8UI, > 400 10 UI E/OU GLICOSE < 70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR
6 H	100x70	84	36,7°C	
12 H	108x82	85	36,5°C	
18 H	130x78	73	35,7°C	19
23 H	110x80	90	36,9°C	

**Dr Marcus Brunner**  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 18171/R

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEdia I  
 TRAUMATOLOGIA









Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: Antônio da Salve Oliveira	Leito: 03	Data: 08/02/19		

52. Localização		Região: M I D .		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Benedita Sônia Cortes Téc. de Enfermagem COREN-RR 38272		Rozângela Miguel Deciani Téc. Enfermagem COREN-RR 829.705	
Observações:	Foi liberado e fixado do ASD. Foi feita troca e limpeza			

03

		SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DM		DN		
PACIENTE		Antônio da Silva Oliveira				
DIAGNÓSTICO		HAS				
ALERGIAS		LEITO		DM2 DATA		
IDADE		03		9/01/19		
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE				SMD
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				12 18 24 06
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12 18 24 06
4		TILATIL 20MG EV 12/12H				12 18 24 06
5		DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24 06
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				}
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				}
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				}
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				}
10		SSVV + CCGG 6/6 H				}
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				}
14		CURATIVO DIÁRIO				}
15		Plomare 40mg @ 1x ao dia				18
16		(Empty)				(Empty)
17		(Empty)				(Empty)
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				(Empty)
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				(Empty)
20		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				(Empty)
(Empty)		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				(Empty)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	FR	FC	PA	Temp.
6 H				
12 H	19	96 bpm	157/100	36.4°C
18 H	19	104	115x79	36.2°C
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

15:10 PA 130/85  
 F 93  
 T 36.6

32.3/220-3 11:30




03

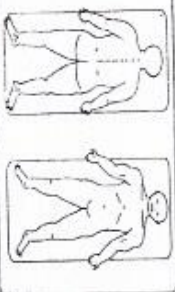

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM -- BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: F Data: 09.01.19 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: 03  
 Nome completo: Antonio da silveira oliveira Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução:  Sim  Não  Padrão  Contato  Gotícula - aerossol  Gotícula - perdigotos  
 Alergia:  Sim  Não Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Necessidade de intérprete?  Sim  Não Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Possui acompanhante:  Sim  Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Deambulação:  Normal  Sem deambulação  Acamado  Cadeira de rodas  Fraca  Comprometida/cambaleante

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____																																														
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente																																														
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Distendida <input type="checkbox"/> Globosa <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																														
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pegião: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen																																														
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____																																																
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Tipo de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____																																																
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de quedas</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</td> <td><input type="checkbox"/> Dor aguda</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Dor crônica</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____																																														
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____																																														



 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Próto no nº 1	Versão: 02	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Antônio da Silva Oliveira</u> Leito: <u>03</u>	Data: <u>09/01/2019</u>		

Localização		Região: <u>peito direita</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasculat <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Q/T</u> Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vasculat <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Pele Perifereional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Fis. Simone de Oliveira</u> CRF 098.605-5	<u>Ranilda de Aguiar Rodrigues</u> RGO 5270	<u>Adonildes Pereira Araujo</u> Técnico de Enfermagem SOBEN 507 792/TE	
Observações:				



03



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACesso VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTL NSA				21/15
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				} SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGC 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	CILEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESQUEMA 200 250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI				
20	351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	130x80	68	19	36
12 H	110x80	80	20	36
18 H	130x77	95		36
24 H	120x80	92	20	36

18/15  
12/15  
10/15  
9/15  
8/15  
7/15  
6/15  
5/15  
4/15  
3/15  
2/15  
1/15

Josilene S. Galvão  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 866.332

Dr. Marcos Brunner  
Méd. Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 191718

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEdia E  
TRAUMATOLOGIA

P/BLB 214-3

03

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOV. DO RORAIMA  
Hospital de Roraima

HGR  
Hospital de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: *12/18/2018* DIH: *12/18/2018* CN: *12/18/2018*

PACIENTE: *Antonio da Silva Oliveira*

DIAGNÓSTICO: *12/18/2018*

ALERGIAS: *12/18/2018*

IDADE: *12/18/2018*

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>12/18/2018</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>12/18/2018</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>12/18/2018</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>S/N</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>S/N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<i>S/N</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	<i>S/N</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<i>S/N</i>
10	SSV + CCGG 6/6 H	<i>Rolung</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	<i>S/N</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>curativo</i>
15	<i>Clonidine 40 mg @ 1x ao dia</i>	<i>12/18/2018</i>
16	<i>Clonidine 6mg 600 mg 16 hrs @ 1x ao dia</i>	<i>12/18/2018</i>
17		
18	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>	
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	T <sub>co</sub>
6 H	110x80	80	36°
12 H	125/74	87	36,3 °C
18 H	111x74	86	36°
24 H	112x80	89	36°

MEDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



03

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: F Data: 10.01.19 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: 03  
 Nome Completo: Antonio de silva divina Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução:  Sim  Não  Padrão  Contato  Gotícula - aerossol  Gotícula - perdigotos  
 Alergia:  Sim  Não Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Necessidade de intérprete?  Sim  Não Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Possui acompanhante:  Sim  Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Deambulação:  Normal  Sem deambulação  Acamado  Cadeira de rodas  Fraca  Comprometida/cambaleante

<p><b>SISTEMA NEURÓLOGO</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<p><b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____
<p><b>PIUPILAS</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	<p><b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Mcleno Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
<p><b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia	<p><b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Giboso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Marçoso <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p><b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Superiorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<p><b>SISTEMA LIRINÁRIO / DIURESE</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
 Eupneico  Bradipneico  Taquipneico  Dispneico  Ar ambiente  Traqueostomia  
 Oxigenoterapia  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**  
 Cateter Periférico:  Sim  Não Local: ASD Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Cateter Central:  Sim  Não Local: Subclávia D Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Sinais de Infecção no sítio da punção:  Sim  Não  
 Sondas:  Sim  Não  SNG  SOG  SNE  SOE  GTT  Lavagem  Sifonagem  
 Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
 Cateter Vesical:  Sim  Não Data da Instalação: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Prótese:  Sim  Não Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____

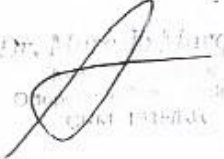


f 03

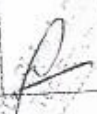
03

 <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	HAS	DM2	
ALERGIAS	LEITO	DATA	11/4/19
IDADE	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
ITEM			S N D
1	DIETA ORAL LIVRE		MANTER
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		24x20G
3	CEFALOTINA 1G LV 6/6H		24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		24x06
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		ROTINA
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG ATENÇÃO		
14	CURATIVO DIARIO		CURATIVO
15	CLEXANE 40 mg 3x 1x/dia		1x
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		ATENÇÃO

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	FR
6 H	110x70	73	35,7	22rpm
12 H	133x81	69	36,3	19
18 H	118x74	85	36,5	-
24 H	110x70	82	36,7	21

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA  


BLA 1102-2 11:15





ESTADO DE RORAIMA  
"AMIZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: Centro de Saúde Alceu

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

BLCO: Blco F ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: 03

UTI: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Otorrinolaringologia

PARA: Burmaxilo

Dados Clínicos:

Subito avaliação e  
conduta de Cirurgião  
Burmaxilo  
Parente apresentando Dor  
na região e dentes  
11/11/19  
Data  
Jucis. Vas  
Médico

Paciente admitido em sala de Blco F com  
algumas no registro de Zygoma Direito. Dor na região  
na região de arco zigomático (D). Mobilidade bucal no  
dentado 11.  
CDT: - Fractura (comminuta)  
- Sem perda de pulso Bucal  
- Perímetro 0,12% 8/8L por 14 b.  
- Os. Dentes.

12,03,19  
Data

Bruno Araújo da Silva  
Cirurgião Bucodentofacial  
PRO-RR 717  
Médico

03

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: **F** Data: **11/01/19** Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: **03**  
 Nome Completo: **Antonio da Silva Lima** Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
 Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Procedência: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução:  Sim  Não  Padrão  Contato  Gotícula - aerossol  Gotícula - perdigotos  
 Alergia:  Sim  Não Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Necessidade de Intérprete?  Sim  Não Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Possui acompanhante:  Sim  Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Deambulação:  Normal  Sem deambulação  Acamado  Cadeira de rodas  Fraca  Comprometida/cambaleante

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____	
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Fiatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<b>RÉGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen	

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
 Eupneico  Bradipneico  Taquipneico  Dispneico  Ar ambiente  Traqueostomia  
 Oxigenoterapia  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**

Cateter Periférico:  Sim  Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Cateter Central:  Sim  Não Local: \_\_\_\_\_ Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Sinais de Infecção no sítio da punção:  Sim  Não  SOG  SNE  SOE  GTT  Lavagem  Sifonagem  
 Sondas:  Sim  Não  SNG Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
 Dreno de: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Cateter Vesical:  Sim  Não Data da Instalação: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
 Prótese:  Sim  Não Tipo: \_\_\_\_\_

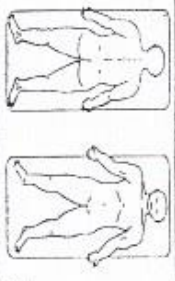
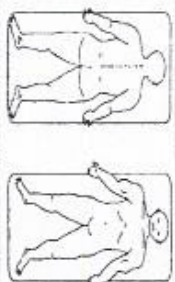
**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	( ) _____
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	( ) _____
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	( ) _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	( ) _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	( ) _____
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	( ) _____
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	( ) _____
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) _____
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	( ) _____
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	( ) _____
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	( ) _____
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	( ) _____
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	( ) _____
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	( ) _____







Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: Antônio da Silva Oliveira				
Leito: 03				
Data: 11/01/19				

Localização		Região: M. T. D		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outros:		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Estraceo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros ___ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros ___ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:		
Pele Perifoneal	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serrossanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serrossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	RPP de Enfermagem GORENARR 629 705	Beatrice Sória Lopes TAC de Enfermagem CORENARR 307.172		
Observações:				



F = 03

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA				
DATA DE ADMISSÃO <i>12/01/14</i>		DIH <i>03</i>		DN <i>03</i>		
PACIENTE <i>Antônio da Silva</i>		HAS LEITO <i>03</i>		DM2 DATA <i>12/01/14</i>		
DIAGNÓSTICO ALERGIAS IDADE ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO S/N
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					S/N
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					S/N
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H					S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					S/N
14	CURATIVO DIARIO					S/N
15	<i>Clonazepam 40 mg @ 11 das 11h</i>					S/N
16	<i>Prescrição 10 mg + 19 ml 40 - 3 ml 8/13 horas @ 10h</i>					S/N
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),					
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;					
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%					
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	100x70	90	36°C
12 H	100x70	90	35.3°C
18 H	115x73	84	35.8°C
24 H	120x80	92	36°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEdia E  
 TRAUMATOLOGIA  
*[Signature]*  
 12/01/14

*Obs: feito medicação com  
 +SSVV segun Medica  
 euloder*









Núcleo de Enfermagem em  
 Tratamento de Feridas -  
 HGR

Proto nº 1  
 Paciente: Antunes da S. Oliveira  
 Leito: C3

Versão:  
 Elaborada: 02/2013  
 Atualizada: 12/2018

Data: 12 / 01 / 19

Localização		Região: MID		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perifereional	<input type="checkbox"/> Curo: <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Curo: <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Adianto <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> Adianto <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profilaxia	<input type="checkbox"/> 01/2/12		<input type="checkbox"/> 01/2/12	
Profissional que realizou procedimento:	Síndico de Orla Qualificação: CREN-RS-159.605-7	Larissa Alves Mota Qualificação: CREN-RS-159.605-7		
Observações:				



03  
6

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**

DIAGNÓSTICO: **FRATURA FEVUR DIREITA**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: **14/1/19**

ITEM: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: **SND**

1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<del>AZ</del>	<del>18 24 12</del>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<del>AZ</del>	<del>18 24 12</del>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<del>AZ</del>	<del>18 24 12</del>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	<b>CLEXANE 40mg 1x/DIA SC</b>		
17	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>		

EVOLUÇÃO MÉDICA: *NO BLOCO*

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR.
6 H				
12 H	113x70	86	36.5C	
18 H	132x75	90	36C	20
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.



03



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: **F** Data: **14.01.19** Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: **03**  
 Nome Completo: **Antonio da Silva Oliveira** Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F (X) M  
 Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Procedência: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução: ( ) Sim (X) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Goticula - aerossol ( ) Goticula - perdigotos  
 Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____	
<b>PUPILAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: (X) Sim ( ) Não FO: (X) SIM ( ) NÃO		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen	
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispnico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____			
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: ( ) Sim (X) Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: (X) Sim ( ) Não Local: <b>Subclava (D)</b> Curativo realizado em <b>08.01.19</b> Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim (X) Não ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ( ) Sim (X) Não Tipo: _____ Local: _____			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> ( ) Deglutição ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) _____ ( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Déficit no autocuidado para alimentação ( ) _____ ( ) Risco de glicemia instável ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene ( ) _____ ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos ( ) Conhecimento deficiente ( ) _____ ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Comunicação verbal prejudicada ( ) _____ ( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Risco de dignidade humana comprometida ( ) _____ ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Processos familiares disfuncionais ( ) _____ ( ) Risco de constipação ( ) Risco de quedas ( ) _____ ( ) Diarreia ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) _____ ( ) Incontinência intestinal ( ) Dor aguda ( ) _____ ( ) Padrão de sono prejudicado ( ) Dor crônica ( ) _____ ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Náusea ( ) _____ ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Risco de broncoaspiração ( ) _____ ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Risco de infecção ( ) _____ ( ) Conforto prejudicado ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) _____			





Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Antonio da S. Oliveira*

Leito: *03*

Data: *14/01/18*

Localização		Região: <i>M I D.</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Responsável: <i>Elaine</i> COREMARR 639.703 <i>Elaine</i>			
Observações:	_____ _____ _____			



03

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIA		DN	
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
DIAGNOSTICO		TIAS	NEGA	DM2	NEGA
ALERGIAS		LEITO		DATA	
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORARIO
ITEM					
1	DIFEA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	CLALOTINA 1G EV 8/8H	N	18	24h	06h
3	TILAJIL 25MG IV 12/12H		18		06h
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8 SN				
6	TRAMAT 100MG + SF 0.9% EV OU DI CI VO DE 8/8H SE ODR INTENSA				
7	PLASIN 10 mg FV 8/8H (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
8	SIMETICONA GOTAS 10 GOTAS VO DI 8/8H (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS - 180 E/OU PAD - 170 MMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	CLIXAN 40MG SC 1X/DIA				
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORTEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESQUEMA 200 250 2UI 250 300 4UI 300 350 6UI				
20	250 400 8UI + 400 10 UI E GLUCOSE 1/8 DIAM GLUCOSE 2X				
20	30 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MEDICA

TRANSFERIR AO BLOCC PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x70	76	23 rpm	36,3 °C
12 H	123/87	81 bpm	19 mm	35,9 °C
18 H	121/94	96	19	36,3 °C
24 H	120/80	87	20	36,1 °C

Dr. *Marcos Prunier*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10415/RP  
MEDICO RESPONSÁVEL  
ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA



03

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: F Data: 15.02.19 Enfermária: \_\_\_\_\_ Leito: 03  
 Nome Completo: Antonio da Silva Oliveira Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F (X) M  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução: ( ) Sim (X) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos  
 Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual (is): \_\_\_\_\_ Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não  
 Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

**SISTEMA NEURÓLOGO**  
 Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado  
 Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso  
 Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage

**PUPILAS**  
 Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática  
 Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

**REGULAÇÃO TÉRMICA**  
 Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico  
 Febril ( ) Febre ( ) Pirexia  
 Hiperpirexia

**CARACTERÍSTICAS DA PELE**  
 Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada  
 Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada  
 Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica  
 Acianótica ( ) Edema Local: \_\_\_\_\_  
 Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não  
 Região: \_\_\_\_\_  
 Curativo realizado: (X) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**  
 Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: \_\_\_\_\_  
 Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: \_\_\_\_\_  
 Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Puls: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**  
 VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT  
 Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial  
 Evacuações: ( ) Presente (X) Ausente ( ) Colostomia  
 Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena  
 Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

**REGULAÇÃO ABDOMINAL**  
 Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido  
 Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico  
 Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente  
 Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

**SISTEMA URINÁRIO / DIURESE**  
 Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria  
 Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria  
 Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
 Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico  
 Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**  
 Cateter Periférico: ( ) Sim (X) Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Cateter Central: (X) Sim ( ) Não Local: Subcl. D Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG ( ) Lavagem ( ) Sifonagem  
 Ondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
 Dreno de: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não Data da instalação: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
 Prótese: ( ) Sim (X) Não Tipo: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) _____
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____
( ) Risco de glicemia instável	( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene	( ) _____
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	( ) Conhecimento deficiente	( ) _____
( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Comunicação verbal prejudicada	( ) _____
( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Risco de dignidade humana comprometida	( ) _____
( ) Eliminação urinária prejudicada	( ) Processos familiares disfuncionais	( ) _____
( ) Risco de constipação	( ) Risco de quedas	( ) _____
( ) Diarreia	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) _____
( ) Incontinência intestinal	( ) Dor aguda	( ) _____
( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Dor crônica	( ) _____
( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Náusea	( ) _____
( ) Integridade da pele prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração	( ) _____
( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Risco de infecção	( ) _____
( ) Conforto prejudicado	( ) Ventilação espontânea prejudicada	( ) _____





Núcleo de Enfermagem em  
 Tratamento de Feridas -  
 HGR

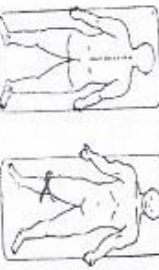

Pré. colo nº 1  
 Paciente: Antenor da Silva  
 Leito: C3

Versão: 8

Elaborada: 02/2013



Atualizada: 12/2018

Data: 15/01/19

Localização		Região: MID		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> I LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> I LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perifereional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Troca				
Profissional que realizou procedimento:	Larissa Alves <i>[Assinatura]</i> Enfermeira CRP 134743-TE	<i>[Assinatura]</i> Cidade de São João Av. de Calmon 134743-TE		
Observações:				



03

		SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		HAS		DM2	
DIAGNÓSTICO		LEITO		DATA	
ALERGIAS		IDADE		HORÁRIO	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIME TICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	<i>Chamar ao sig (se) 1x ao dia.</i>				
16	(Empty)				
17	(Empty)				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SINAIS VITAIS	PA	FC	TR
6 H	112x71	74	
12 H			
18 H	118/83	86	70 i
24 H 23	110x80	+2	

18H 90ml em no vife  
 Pto multíplos (pu  
 e SSVV

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA  
 TRAUMATOLOGIA







03

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_  
 ALERGIAS: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 17/1/19

IDADE: \_\_\_\_\_

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	
14	CURATIVO DIARIO	
15	LEXANE 40mg SC 1x/dia	
16		
17		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. *[Signature]*

SINAIS VITAIS	TA	P	TAX	FR
6 H	110x69	78	35.3	-
12 H	118x76	91	36.3C	19
18 H				
24 H	103x70	85	35.7C	

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

03

Bloco: F Data: 17.01.19 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome Completo: Antonio do silveira Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F (X) M  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução: ( ) Sim (X) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos  
 Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Deambulação: ( ) Normal (X) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
(X) Consciente	( ) Orientado	( ) Desorientado	(X) Normocárdico	( ) Bradicárdico	( ) Taquicárdico
( ) Sedado	( ) Torposo	( ) Comatoso	(X) Normotenso	( ) Hipotenso	( ) Hipertenso
( ) Agitado	( ) Reage a estímulos	( ) Não reage	(X) Pulso Cheio	( ) Filiforme	( ) Arritmico

<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
(X) Fotorreagente	( ) Mióticas	( ) Midriática	(X) VO	( ) SNG/SOG	( ) SNE/SOE
( ) Isocóricas	( ) Anisocóricas	( ) Não reagentes	Aceitação da dieta: (X) Sim	( ) Não	( ) Parcial
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
(X) Afebril	( ) Hipotérmico	( ) Hipertérmico	Evacuações: ( ) Presente	( ) Ausente	( ) Colostomia
( ) Febril	( ) Febre	( ) Pirexia	( ) Normal	( ) Diarreia	( ) Constipação
( ) Hiperpirexia			( ) Presente	( ) Ausente	( ) Melena

<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
(X) Hidratada	( ) Desidratada	( ) Ressecada	(X) Normotenso	( ) Distendido	( ) Globoso
( ) Normocorada	( ) Hipocorada	( ) Hipercorada	( ) Ascítico	( ) Maciço	( ) Timpânico
( ) Anictérica	( ) Ictérica	( ) Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente	( ) Ausente	
( ) Acianótica	( ) Edema Local: _____		Visceromegalias: ( ) Sim	( ) Não	FO: ( ) Sim ( ) Não

<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
(X) Espontânea	( ) SVD	( ) Anúria
( ) Poliúria	( ) Disúria	( ) Colúria
( ) Cistostomia	( ) Irrigação contínua	( ) Uropen

<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>		
(X) Eupneico	( ) Bradipneico	( ) Taquipneico
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não	Qual: _____	( ) Dispneico
		( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**

Cateter Periférico: ( ) Sim (X) Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Cateter Central: (X) Sim ( ) Não Local: Subclávia (D) Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não  
 Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem  
 Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
 Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não Data da Instalação: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Prótese: ( ) Sim (X) Não Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>		
( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) _____
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____
( ) Risco de glicemia instável	( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene	( ) _____
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	( ) Conhecimento deficiente	( ) _____
( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Comunicação verbal prejudicada	( ) _____
( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Risco de dignidade humana comprometida	( ) _____
( ) Eliminação urinária prejudicada	( ) Processos familiares disfuncionais	( ) _____
( ) Risco de constipação	( ) Risco de quedas	( ) _____
( ) Diarreia	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) _____
( ) Incontinência intestinal	( ) Dor aguda	( ) _____
( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Dor crônica	( ) _____
( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Náusea	( ) _____
( ) Integridade da pele prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração	( ) _____
( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Risco de infecção	( ) _____
( ) Conforto prejudicado	( ) Ventilação espontânea prejudicada	( ) _____