



Unidade de Referência: Hospital Geral de Ribeirão Preto
 Departamento: HGRB
 Fone: (16) 3333-3333

Antônio da Silva Oliveira
 03
 Data: 17/10/2019

Versão: 08 Laboratório: 02/2013 Atualização: 12/2018

<p>Nome: <i>Antônio da Silva Oliveira</i></p> <p>Idade: <i>03</i></p> <p>Sexo: <i>M</i></p> <p>Profissão: <i>MI D.</i></p>	<p>Endereço: <i>Rua ...</i></p> <p>Cidade: <i>Ribeirão Preto</i></p> <p>Estado: <i>SP</i></p> <p>CEP: <i>13060-000</i></p>	<p>Região: <i>MI D.</i></p>
<p>Exame: <i>Exame físico</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p>	<p>Exame: <i>Exame físico</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p> <p>Exatidão: <i>2</i></p>	<p>Região: <i>MI D.</i></p>

Penina Silva Rodrigues
 Aux. de enfermagem
 CRP: 418.481

03

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

HER

DATA DE ADMISSÃO: *18/07/19* DIH: *03* DN: *18/07/19*

PACIENTE: *Antonio de S. O.*

DIAGNÓSTICO: *Surf.*

ALERGIAS: *Surf.*

IDADE: *12*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>18 2400 6/12</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>12</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>18 2400 6/12</i>
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	SSV + CCGG 6/6 H	ROMNA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	ATENÇÃO
14	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
15	<i>Clonazepam 40 mg (C) 1x ao dia</i>	<i>16</i>
16	<i>Plantonista 600 mg (C) 1x ao dia</i>	<i>16</i>
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	ATENÇÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

16:00 circulada a mud. do item 15, não está tendo na farmácia SEM EFEITO

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
COREN RR 71579

DN TABLO
em 1908

SINAIS VITAIS	FR	FC	PA	T.C.
6 H	19	80	120 x 70	36,30
12 H				
18 H	19	94	130 x 81	36,30
24 H	19	90	120 x 80	35,70

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

03



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

Bloco: **F** Data: **18.01.19** Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome Completo: **Antonio do silva Divino** Idade: _____ Sexo: () F (X) 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>SISTEMA NEURÓLOGO</p> <p>() Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage</p> <p>PUPILAS</p> <p>() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes</p> <p>REGULAÇÃO TÉRMICA</p> <p>() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia</p> <p>CARACTERÍSTICAS DA PELE</p> <p>() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO</p>	<p>SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> <p>() Normocárdico () Bradicárdico () Taicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____</p> <p>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <p>() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente</p> <p>REGULAÇÃO ABDOMINAL</p> <p>() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não</p> <p>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</p> <p>() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Polúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen</p>
---	---

SISTEMA RESPIRATÓRIO


() Eupneico () Bradípneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia
 Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

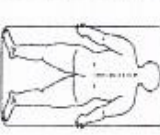
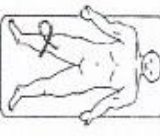
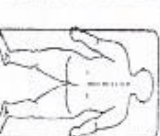

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

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
 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

() 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: <i>Antônio da S. Oliveira</i> Leito: 03	Data: <i>18/01/19</i>			

Localização	 	Região: <i>MID</i>	 	Região:
-------------	---	--------------------	---	---------

Etiologia

LPP I III IV ?* Queimadura Cirurgia DM Vascular
 Trauma: *2* Tração Fixador Externo Ortopedia
 Outro:

Aparência do Leito

Necrose: Amarela/Negra Estafelo Granulação Epitelização
 Ferida fechada Dreno/Sonda Outros
 Normal Macerado seca Eritema/Rubor
 Outro:

Pele Perifoneal

Purulento Seroso Sanguinolento Serossanguíneo Seco
 Outro:

Quantidade de Exsudato

Molhado Úmido Seco

Solução de Limpeza

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2% Alcool 70%
 Gaze Colagenase/Fibrinase Sulfadiazina de Prata Hidrogel
 Outro:

Cobertura primária

Gaze Colagenase/Fibrinase Sulfadiazina de Prata Hidrogel
 Outro:

Troca

12/12 Diário 48/48h

Profissional que realizou procedimento

Patricia Silveira
 Enfermeira
 CRP 413270

Larissa Alves Maia
 Técnica de Enfermagem
 CRP 1.247.438 - TE

Observações:

F-03

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Antonio da Silva Oliveira</i>			
DIAGNÓSTICO	HAS	DM2	
ALERGIAS	LEITO <i>(03)</i>	DATA	<i>19/01/19</i>
IDADE	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
ITEM			SUA
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<i>monte</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>34,8°C</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		NTF <i>(12/29) NTF</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>34,8°C</i>
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		<i>Realizar</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SU
14	CURATIVO DIÁRIO		<i>curativo</i>
15	<i>Insulina 40 unj (SC) 1x ao dia</i>		<i>15,8°C</i>
16	<i>Insulina 60 unj 6/6 horas (EV)</i>		<i>34,8°C</i>
17			SU
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	TAX
6 H	<i>110x70</i>	<i>84</i>	<i>34,8°C</i>
12 H	<i>110x60</i>	<i>86</i>	<i>35,1°C</i>
18 H	<i>120x70</i>	<i>92</i>	<i>35,8°C</i>
24 H	<i>122x77</i>	<i>91</i>	<i>36,4°C</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

03

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

HER
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Antonio da Silva Oliveira			
DIAGNÓSTICO	HAS	DM2			
ALERGIAS	LEITO	DATA	21/01/14		
IDADE	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
ITEM					SND
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	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	Clonidine 40 mg 2x ao dia				
16	Clonidine 1mg 6x ao dia 6/6 horas (EV)				
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	TAX	FC	PA	FR.
6 H	35.8	98	113x71	
12 H	35.5°C	84	128 x 81	
18 H	36.2°C	84	125 x 80	19
24 H	36.5	81	106 x 70	


MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo n.º 1

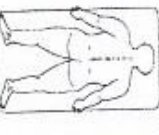
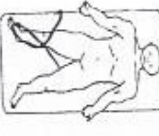
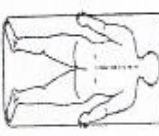

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Paciente: *Antonio de Silva*
Leito: *03*

Data: *21/01/13*

Localização	 	Região: <i>MID</i>	 	Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> I L P I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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 type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<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: _____			
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: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Emília da Silva</i> Enfermeira CRP 11.123-1		<i>Luiz Alves Mota</i> Técnica de Enfermagem CORE-RR 1.123-1-12	
Observações:	<i>Ronilton Soares</i> Enfermeiro CRP 11.123-1			

03

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	20/4/19	
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
ITEM					500
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	Dexamet 4mg se 1x/dia				
16	clonazepam 600ug 6/6 horas ev				
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				

12: 18 24 06 NTF
 12: 18 24 06 NTF

16 16 16 16

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. [Signature]

SINAIS VITAIS	PA	FE	FR	T
6 H	120 x 70	72	19	36.3
12 H	110 x 70	85	20	36.2
18 H	110 x 70	84		36.5C
24 H	104 x 55	65		36.4C

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

16/11 pontos no mto
 feito medicação com
 + SSVV seguir nos indicadores

03



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

Bloco: F Data: 22.03.19 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome Completo: Antonio da Silva Oliveira Idade: _____ Sexo: () F (X) 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

SISTEMA NEURÓLOGO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR <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: _____		
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Parcial Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente () Ausente () Colostomia <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA <input checked="" type="checkbox"/> Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Aclanótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não FO: () SIM () NÃO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		

SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia
 Óxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: () Sim Não Local: _____ 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

() 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	() _____

03

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO: *Antônio da Silva Oliveira* DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: *Antônio da Silva Oliveira*

DIAGNÓSTICO: _____ HAS: _____ DM2: _____

ALERGIAS: _____ LEITO: *03* DATA: *23/01/19*

IDADE: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: *SM*

1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<i>Mantém</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>12°</i>	<i>18°</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>12°</i>	<i>18°</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>12°</i>	<i>18°</i>
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		<i>SN</i>
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	<i>Clonazepam 40mg @ 1x/dia</i>		<i>10°</i>
16	<i>Clonazepam 6mg 600mg @ 6/6h</i>		<i>10°</i>
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	P	TAX	FR.
6 H	<i>120x80</i>	<i>80</i>	<i>36,5 °C</i>	<i>22</i>
12 H	<i>124x74</i>	<i>91</i>	<i>36 °C</i>	<i>19</i>
18 H				
24 H	<i>110x70</i>	<i>81</i>	<i>35,5 °C</i>	<i>20</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

[Assinatura]

03



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

Bloco: F	Data: 23.04.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Antonio de silva divina	Idade:	Sexo: () F (X) M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Goticula - aerossol () Goticula - 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			

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____		
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () 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 () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____					
CONTROLE DE CATÉTERES/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 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					
() 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	() _____	() Integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____	() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	() _____

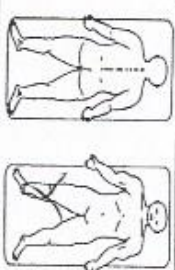
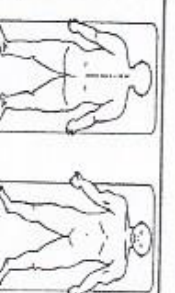


Nº de Protocolo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº 1
 Paciente: *Antônio da Silva*
 Leito: *03*



Versão: 0º
 Elaborada: 02/2013
 Atualizada: 12/2018

Data: *23/02/19*

Localização		Região: <i>MTD</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <i>2</i> Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia Outro: _____	<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 Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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 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 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"/> Álcool 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"/> Álcool 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 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 type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Pauliana do N. Silva</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RF 124242	<i>Marlene Moreira</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RF 124242	<i>Pauliana do N. Silva</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RF 124242	
Observações:	_____ _____ _____			

03

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	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	24/4/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12 18 24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		12 NTF
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12 18 24
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)		S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	CEXANE 40mg sc. 1x/dia		16
16	CLINDAMICINA 600mg EV 6/6 horas		16 20 24
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:

8 km
 NÃO tem
 JA farmacia pr. Clexane
 06 h - tem (4) não tem
 na farmacia

Keityana P. Paz
 Téc. de Enfermagem
 COREN 14.042.061/E

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR
6 H	130x70	80		
12 H	135x70	85	36.2°C	
18 H	122x76	93	36°C	19
24 H	110x80	90	35.4°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

03



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

Bloco: F Data: 24.01.19 Enfermaria: _____ Leito: _____
 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): _____
 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

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
(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

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
(X) Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	(X) VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: (X) Sim () Não () Parcial		

REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES		
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	(X) Presente	() Ausente	() Colostomia
() Febril	() Febre	() Pirexia	(X) Normal	() Diarreia	() Constipação
() Hiperpirexia			() Presente	() Ausente	() Melena


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

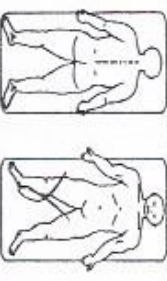

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
(X) Espontânea	() SVD	() Anúria
() Poliúria	() Disúria	() Colúria
() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Uropen

SISTEMA RESPIRATÓRIO					
(X) Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia
Oxigenoterapia	() Sim (X) 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: <u>Subcl. D</u>	Curativo realizado em: <u>22.01.19</u>	Trocar em: _____	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim (X) Não				
Sondas:	() Sim (X) Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem	() Sifonagem	
Dreno de:	Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____				
Cateter Vesical:	() Sim (X) Não	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____		
Prótese:	() Sim (X) Não	Tipo: _____ Local: _____			

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	() _____			

 <p>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR</p>	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>Antônio da Silva</i> Leito: <i>03</i>		Data: <i>24/10/2019</i>	

Localização		Região: <i>MTD</i>		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 checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>2</u> 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 checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<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: _____			
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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 checked="" 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			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Marat Técnica Enfermagem COREN RR 599.15211			
Observações:	Emília da Silva Técnica Enfermagem COREN RR 599.290 Cesar Soares Costa Técnico em Enfermagem COREN RR 599.290			

03

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Governo de Roraima Hospital Geral de Roraima	HER Hospital Geral de Roraima	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO FX FEMUR DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	F03	DATA 25/01/2019
ÍTEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SMD
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<p>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</p>			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Marcelo Marques
 Ortopedia e Traumatologia

# INDICACIONES DE CIRURGIA:				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6H	PA	FC	FR	FR.
12 H	124x79	85	36,0	
18 H	115x71	90	36,3	19.
24 H	110x76	86	37,3°C	
06H	118/84	89	35,2°C	

Dr. MARCELO MARQUES
 Residente de Ortopedia e Traumatologia



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

Bloco: F Data: 25.01.19 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome Completo: Antonio da Silva Divino Idade: _____ Sexo: () F (x) M
 Hipótese Diagnóstica: _____
 Procedência: _____
 Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Goticula - aerossol () Goticula - perdigotos
 Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Qual idioma: _____
 Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Obs: _____
 Possui acompanhante: () Sim () Não
 Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGO

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

PUPILAS

Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas
 Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico
 Febril () Febre () Pirexia
 Hiperpirexia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

Hidratada () Desidratada () Ressecada
 Normocorada () Hipocorada () Hipercorada
 Anictérica () Ictérica () Cianótica
 Acianótica () Edema Local: _____
 Úlcera por pressão: () Sim (x) Não
 Região: _____ FO: () SIM () NÃO
 Curativo realizado: () Sim () Não

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____
 Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____
 Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT
 Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 Evacuações: (x) Presente () 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 (x) 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: Sibelaíta Curativo realizado em: 24.01.19 Trocar em: _____
 Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim (x) Não
 Sondas: () Sim (x) Não () SNG () Lavagem () Sifonagem
 Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Cateter Vesical: () Sim (x) Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____
 Prótese: () Sim (x) Não Tipo: _____ Local: _____

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	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: Antero da Silva	Leito: 03	Data: 25/10/18		

Localização	Região:	Região:
<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 checked="" type="checkbox"/> Trauma: P Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	MTD	
<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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"/> 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: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <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:
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"/> Solução de Limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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"/> Álcool 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:	[Assinatura]	
Observações:	[Assinatura]	

F = 03

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HER

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: *16/01/19* DIH: *03* DN: *03/01/19*

PACIENTE: *Paulo Sergio de Souza*

DIAGNÓSTICO: *Fratura de humero direito* HAS: *DM2*

ALERGIAS: *SEM* LEITO: *03* DATA: *16/01/19*

IDADE: *35* PRESCRIÇÃO: *3MD*




ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>3MD</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>12-18-24-9h</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>12-18-24-9h</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>12-18-24-9h</i>
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	<i>5N</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10	SSV + CCGG 6/6 H	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	<i>curado</i>
14	CURATIVO DIARIO	<i>16</i>
15	<i>Chamar 40 mg (2) 1x ao dia.</i>	
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:

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>130 x 70</i>	<i>84</i>	<i>36,8°C</i>	<i>20</i>
12 H	<i>105 x 70</i>	<i>84</i>	<i>35,3</i>	<i>19</i>
18 H	<i>100 x 70</i>	<i>87</i>	<i>35,3°C</i>	<i>20</i>
24 H	<i>120 x 82</i>	<i>95</i>	<i>35,0</i>	<i>-</i>

Paulo Sergio de Souza
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

F=03

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		<i>17/01/14</i>		
PACIENTE		<i>Antonio de S. O. de S.</i>						
AGNÓSTICO		HAS		DM2		DATA		
ALERGIAS		LEITO		03.		DATA		
IDADE		PRESCRIÇÃO						
ÍTEM		HORÁRIO						
1	DIETA ORAL LIVRE						SND	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N							
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						18 24 06	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H						SND	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
11	SSVV + CCGG 6/6 H							
12	CURATIVO DIÁRIO							
13	MORFINA 10 MG + 9ML AD- 4 ML 8/8 S/N (CASO NÃO TENHO O ITEM 9)						18-18-24-06	
14	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV						18	
15	<i>Paracetamol 400mg (SC) 1x 1000mg</i>							
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:

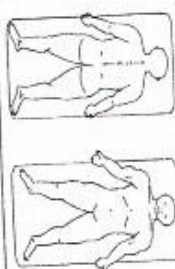
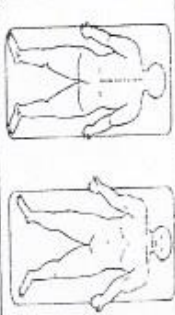


SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120x76	85	18 rpm
24 H	109x81	97	36°C

06/11/2014 17:37

300

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Antônia da Silva Oliveira Leito: 03	Data: 27/01/14			

Localização		Região: <u>MEMO</u> <u>gaze I</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" 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:	<input type="checkbox"/> LPP I III 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:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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:
Aparência (Leito)	<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:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input 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:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <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 checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
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 checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input 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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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"/> Álcool 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"/> Álcool 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 checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<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:	<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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	Cesar Soares Costa Técnica de Enfermagem COREN-RR 696.797	Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 965.152.11		
Observações:				

03

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**

AGNÓSTICO: **FX FEMUR DIREITO**

ALERGIAS: **HAS** **DM2**
LEITO **F03** **DATA** **28/01/2019**

IDADE	DIH	DN	HORÁRIO
ITEM			SMD
1	DIETA ORAL LIVRE		} SN
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ		
14			
15			
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

Dr. Marcelo Marques
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 14181/R

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
# PREVISÃO DE ALTA:	# PREVISÃO			
12 H	120x80	90	-	36,6°C
18 H	130x95	99	-	35,9
24 H	100x70	87		36,08

Dr. MARCELO MARQUES
 Residente de Ortopedia e Traumatologia




Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: Antenor da Silva	Leito: e3	Data: 28/09/18		

Localização	Região:	Região:
<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: 2 Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	MTD	
Etiologia <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfáceo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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"/> Esfáceo <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:
Aparência do Leito <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 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"/> 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
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"/> 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
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"/> 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 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	<i>Paulina de A. Silva</i> COORDENADORA	
Observações:		

03

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HER 

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO FX FEMUR DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	F03	DATA 29/01/2019
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20	<p>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</p>		

~~16:00~~
~~SN~~
 12

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :
 # CONDUITA : MANTIDA

Dr. Marcus Brunner
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 10171/RR

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6H	FA	FC	FR	T
12 H	120/70	83	20	36.0
18 H	127/81	86	-	36.2
24 H	103 x 76	93	-	36.2
06h	122 x 80	87	-	35.4°C

Dr. MARCELO MARQUES
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

03

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

GOVERNO DE RORAIMA
 Ministério da Saúde

HCR Hospital Central de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Antônio de Almeida	
DIAGNÓSTICO	HAS	NEGA
ALERGIAS	LEITO	DM2
IDADE	PRESCRIÇÃO	NEGA
ITEM		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	18h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	24h
4	TILATIL 20mg 12/12hs	18h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	08h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	SND
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)	SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SND
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SND
14	CURATIVO DIARIO	SND
15	Procurar 40 mg 8h 1x ao dia.	18h
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR
6 H	130 x 80	83	36.6	19
12 H	120 x 80	85	36.3	19
18 H	118 x 83	90	36.2	19
24 H	120 x 70	81	36.6	19

Joslene S. Galvão
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 866.332

MEDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA
 2018

03



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

Bloco: F Data: 30.01.19 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome Completo: Antonio da Silva Ribeiro 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

SISTEMA NEURÓLOGO (X) Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR (X) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ (X) Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ (X) Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS (X) Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL (X) VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: (X) Sim () Não () Parcial Evacuações: (X) Presente () Ausente () Colostomia (X) Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA (X) Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL (X) Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE (X) Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: (X) Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE (X) Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO (X) Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim (X) Não Qual: _____		CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: (X) Sim (X) Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: (X) Sim () Não Local: <u>Sbdona (D)</u> Curativo realizado em: <u>30.01.19</u> Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim (X) Não Sondas: () Sim (X) Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim (X) Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim (X) Não Tipo: _____ Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume de líquidos () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Diarreia () Incontinência intestinal () Padrão de sono prejudicado () Mobilidade física prejudicada () Integridade da pele prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Conforto prejudicado		() Padrão respiratório ineficaz () Déficit no autocuidado para alimentação () Déficit no autocuidado para banho/higiene () Conhecimento deficiente () Comunicação verbal prejudicada () Risco de dignidade humana comprometida () Processos familiares disfuncionais () Risco de quedas () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Dor aguda () Dor crônica () Náusea () Risco de broncoaspiração () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada	



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR
 Protocolo: 01
 Versão: 08
 Elaborada: 02/2013
 Atualizada: 12/2018
 Paciente: Antônio da Silva Oliveira
 Leito: 03
 Data: 20/01/19

Localização		Região: <u>Tronco = I</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" 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: _____	<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"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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: _____
Aparência co Leito	<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 type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input 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: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Quantidade de Exsudato	<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 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: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Solução de Limpeza	<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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input 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%
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: _____	<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"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Emília da Silva Técnica de Enfermagem COREN-RR 36212 TE Valesa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 36212 TE			
Observações:				

119-3

~~0/3~~



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		
AGNÓSTICO FX FEMUR DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	F03
ITEM	DATA	HORÁRIO
1		SM
2		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Marcus Brunner
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1917/RR

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	135x87	91	36.0
18 H	132x85	86	36.0
24 H	130x90	90	36.2

Dr. MARCELO MARQUES
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

15123. PA 107x80
 PC 100
 PR 20
 TC 36.2

32A/119-3 11:50

Tereza R. A. Batista
 Têx. e Informática
 mp: 16-71679

03



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

Bloco: F Data: 31.01.19 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome Completo: Antonio de Silva Oliveira Idade: _____ Sexo: F M
 Procedência: _____ Hipótese Diagnóstica: _____
 Isolamento ou Precaução: Sim Não Padrão Contato Gotícula - aerossol Gotícula - perdigotos
 Alergia: Sim Não Qual (is): _____ Qual idioma: _____
 Necessidade de Intérprete? Sim Não
 Possui acompanhante: Sim Não Obs: _____
 Deambulação: Normal Sem deambulação 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 Hipercorada
 Anictérica Ictérica Cianótica
 Acianótica Edema Local: _____
 Úlcera por pressão: Sim Não
 Região: _____
 Curativo realizado: Sim Não FO: SIM NÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico BC: _____
 Normotenso Hipotenso Hipertenso PA: _____
 Pulso Cheio Filiforme Arritmico Pulso: _____

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

REGULAÇÃO ABDOMINAL
 Normotenso Distendido Globoso Flácido
 Ascítico Maciço Timpânico
 Ruídos 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: _____
 Ar ambiente Traqueostomia

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: _____ Data da Instalação: _____ Trocar em: _____
 Cateter Vesical: Sim Não Tipo: _____ Local: _____
 Prótese: Sim Não

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 de 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"/> Contorno prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____



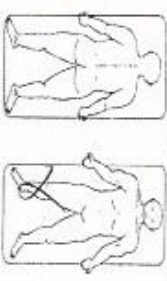
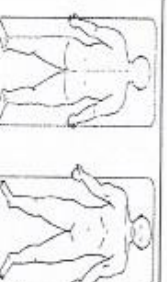
Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1
Paciente: Anterius da Silva
Leito: 03

Versão: 05
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018

Data: 31/01/18

119-3



Localização		Região: <u>MTD</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> DLPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>2</u> Tração <u> </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: <u>IX</u> II ()	<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: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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"/> Serrossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serrossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input 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 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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input 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%
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: _____	<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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	Mariana do N. Silva COREM-RR 4302-4E	Mariana do N. Silva COREM-RR 4302-4E	Mariana do N. Silva COREM-RR 4302-4E	Mariana do N. Silva COREM-RR 4302-4E
Observações:	_____ _____ _____			

119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA				
AGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	119-3	DATA	01/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			50
2	SF 0,9% 500ML EV S/N			/
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N			/
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			/
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			/
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHA			
14				/
15				
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			50
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE				
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
# SOLICITADO:				
# CONDUTA: MANTIDA				
# INDICAÇÃO DE CIRURGIA:				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
12 H	127x80	97	17	35,8°
18 H	110x80	90	20	36°
24 H	121x80	91		36,2°


06/01 | 120x80 | 90 | 20 | 36

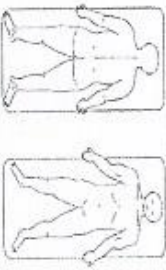
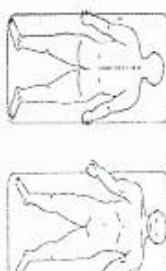

Dr. Fernando Rezende
CRM-BR 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
 PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA		DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	119-3	DATA	02/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N				JE
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SM
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Adriano
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				
14					
15					
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:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUITA: MANTIDA					
# REGISTRO DE AVISÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR	Dr. Fernando Bezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
12 H	103x66	88			
18 H	117x76	87		35,5°C	
24 H	130x70	77	79	36,8	

10 hrs adm. med. clexane 40mg SC.
 paciente queixa-se de dor as 16 hrs adm. med.
 de 4 ml ev. movu realizado no período.

Lucineide A. Lima
 Téc. em Enfermagem
 COREN-RR 866.340 TE

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo	1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente:	<i>Antonia da Silva Oliveira</i>			
HGR	Leito:	1193				Data: 02/02/2019

Localização		Região: <i>MS.D.</i>	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 2* <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:	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 2* <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 checked="" 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
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" 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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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:	<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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		Ana Carolina da Silva Garcia Técnica em Enfermagem COBEN nº 114965-7/2017	
Observações:	_____ _____ _____		



Núcleo de Enfermagem em
 Tratamento de Feridas -
 HGR

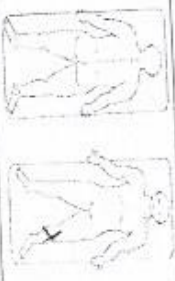

Protocolo nº:
 Paciente: Antonio da Silva Cavalcante
 Leito: 119.3

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Data: 10/2/19

Localização		Região: <u>M.I.E</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" 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:	Grau: I () II () <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/Neira <input type="checkbox"/> Estácelo <input checked="" 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/Neira <input type="checkbox"/> Estácelo <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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input 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"/> 12/12 <input 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 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>Luiz Henrique Gomes de Lima</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Feridas CRP-RR 9485803	<u>Luiz Henrique Gomes de Lima</u> Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Feridas CRP-RR 9485803		
Observações:				

119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO FX DIAFISARIA DE FÊMUR DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2	DATA
	LEITO	119.3	12/02/2019
IDADE	PRESCRIÇÃO		
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0.9% 500ML EV S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N		
9	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHA		
14			
15			
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

06.k PA: 121/83 mmHg FC: 90

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6H	PA	FC	FR	
12 H	110/70	94	-	36°C
18 H	124/75	96	-	35,2°
24 H	110/84	88	-	36,2°

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h - D pct no leito, sem queixas algicas, medicado cpm, aferido SSVV
 Tarde - Paciente estável - Ad. m. c. p. m + SSVV

Franciele Santos
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR 50.100.11

Mônica Almeida
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 50.100.11

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

Bloco: A Data: 12.02.19 Enfermaria: _____ Leito: 119-3

Nome Completo: Antonio da Silva Almeida Idade: _____ Sexo: F M

Precedência: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Isolamento ou Precaução: Sim Não Padrão Contato Gotícula - aerossol Gotícula - perdigotos

Alergia: Sim Não Qual (is): _____ Qual idioma: _____

Necessidade de Intérprete? Sim Não

Possui acompanhante: Sim Não Obs: _____

Deambulação: Normal Sem deambulação Acamado Cadeira de rodas Fraca Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" 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		SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" 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: _____	
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPI 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 checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA <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		REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" 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	
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input type="checkbox"/> Hidratada <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <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	
Região: _____ Curativo realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia	

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: Sim Não Local: 5C1 Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: Sim Não Local: 10.02.19 Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: _____

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"/> 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 checked="" 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	() _____

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**

AGNÓSTICO: **FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO**

ALERGIAS: **DIPIRONA** HAS _____ DM2 _____
 LEITO: **119.3** DATA: **13/02/2019**

IDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/V
2	SF 0.9% 500ML EV S/N	S/V
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/V
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N	S/V
9	PARACETAMOL 500 OU 750MG VO 6/6H SN	S/V
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/V
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Aplicar Reslicer
12	CURATIVO DIÁRIO	curativo
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA. PELA MANHA	10h
14		
15	MORFINA 10MG + 9ML ADI FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA	S/V
16		
17		
18		
19		S/V
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO,
 ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	PREVISÃO DE CIRURGIA
6 H	N/A	FC 100	36,2
12 H	60x80	90	36,3
18 H	110x70	90	36,3
24 H	Não tem	Aparelho de P.A	36,5

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

VR3: As 12:00 o paciente moleto medicado e bem

Josiane de Brito
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 000 461 072

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Autênie da Silva Oliveira</u> Leito: <u>119-3</u>	Data: <u>13/02/2019</u>		

Localização		Região: <u>MED.</u> Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>04</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () 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"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Renata Silva Cordeiro Fone: 016 3381.172	 Renato Silva Rodrigues Aux. de Enfermagem Fone: 016 3381.172	_____ _____	_____ _____
Observações:	_____ _____ _____			

119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		DIH	DN
PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	14/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N		
9			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHA		
14			
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZIR 4ML 8/8H SE DOR INTENSA		
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 DM/L. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

06h
 PA = 105 x 70
 FC = 80
 T = 35.8°C

Goleta de Exames HGF
 DATA 15/02/19
 RA 03:00

SINAIS VITAIS			
# PREVISÃO DE ALTA	PA	FC	FR
12 H	122x66	113	36.9
18 H	108x77	111	37.1
24 H	113x69	104	36.6

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

às 07:00 14/02/2019 - pct no leito, verificado SSVV, adm. medicações de horários CPm. às 08:00 pct apresentada TP. 38°C comunicado a enfer e adm. sem 08. epm, às 02:00 adm. sem 08 e seguras unidades da enfermagem.

Maria de Fátima R. Silva
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 057581 TT

18h Item 0 e adm após paciente no leito sem febre (37.1°C) e dor. Verificado do SSVV, adm. medicações de horários CPm. 06h pct no leito, verificado SSVV sem queixas, segue nos cuidados da enfer. Téc. no leito

Conceição dos Santos Pereira
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 751.380-TEC



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo: 01 Versão: 08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Paciente: Antônio da Silva Oliveira

Leito: 119-3 Data: 14/02/2019.

Localização		Região: MED		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 <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()	<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 type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II ()
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:	<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 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:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input 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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input 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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 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"/> Álcool 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"/> Álcool 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 checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<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:	<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 checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Berrice Sônia O. Siqueira CRP 12000 T. de Enfermagem COBEN-Ribeirão Preto			
Observações:	Lorissa Alves Mota T. de Enfermagem COBEN-Ribeirão Preto Evênia Dorelli T. de Enfermagem COBEN-Ribeirão Preto			

119.3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Governo de Roraima	DIH	DN
DATA DE ADMISSÃO		
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO 1193	DATA 15/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N	
9	-	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHA	
14		
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA	
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	

S/N
S/N
S/N
S/N 16:00
-
S/N
Aplic Realiza
curativo
10
S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA:


ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA

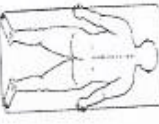

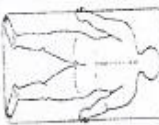

SINAIS VITAIS			
6 H	12 H	18 H	24 H
100/70/100	121/80/104	114/74/100	100/60/93
		20	
			34.7
			36.1
			36.3

Dr. Fernando Rezende
CRM-RB 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Plantão noturno 15/02/19
et acordado COTE, realizando SSVV e
medicações de horário sem quebras de dor.

Neste paciente estavel frente medicacao e
Maria Zelia R. Araújo
Aux. de Enfermagem

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Antonio da Silva Oliveira</u> Leito: <u>119-3</u>	Data: <u>15/02/19</u>		

Localização	 	Região: <u>M. Torc</u> Grau: <u>I () II ()</u>	 	Região: _____ Grau: <u>I () II ()</u>
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 () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>X</u> Tração _____ Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () 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"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tação _____ Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rostneide Nunes Téc. em Enfermagem COREN/PR 127827	Rostneide Nunes Téc. em Enfermagem COREN/PR 127827	Rostneide Nunes Téc. em Enfermagem COREN/PR 127827	Rostneide Nunes Téc. em Enfermagem COREN/PR 127827
Observações:				

OK

OK

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		
AGNÓSTICO	FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	193	DATA 10/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S.N.
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		S-N
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S-N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N		S-N
9			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		Atenção
11	SSVV + CCGG 6/6 H		Rodina
12	CURATIVO DIÁRIO		AG S.T.F
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ		10 → 16.02.19?
14			
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA		S.N
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉLICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	CIURURGIA	FR
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO	FR	
12 H 110/70	82	39
18 H 120/80	80	20
24 H		

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Suécia Maria de Jesu
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR 955.266

12:30h. Pac. em repouso no leito, respondendo solicitações verbal, suprimiu urina e evacuação.
 Tel. Suécia - Suécia Maria de Jesu
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR 955.266

17:30. Pac. em repouso no leito, consciente e responde sem alterações.
 Suécia Maria de Jesu
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR 955.266

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**

AGNÓSTICO: **FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO**

ALERGIAS: _____ HAS _____ DM2 _____
 LEITO: **193** DATA: **17/12/2019**

IDADE: _____

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	su
2	SF 0.9% 500ML EV S/N	su
7	MEFLOCLORAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	su
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N	su
9		su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	su
11	SSVV + CCGG 6/6 H	su
12	CURATIVO DIÁRIO	su
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELO MANHÃ	su
14		su
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA	su
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉTICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: _____

CONDUTA: MANTIDA

Muando ROTACIONADO AUC, LOW SINTOMAS DE INFLAMORACÃO E O MESSAGE MANTIDA SEM DEXA 40MG

SINAIS VITAIS				
# REVISÃO DE ALTA	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	134x72	84	/	36.2c
18 H	120x40	103	/	-
24 H	100x70	95		

Dr. Fernando Bezende
 CRM-RJ 2007
 Residente em Ortopedia e Traumatologia

18h5 pm no leito feito medicação cpm cpm SSVV feito sem queixas SSVV realizado segue aos cuidados da inf. féc palite 06:00 - acordando no leito, sem queixas

119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DO RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SL
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SL
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H S/N	
9		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SL
11	SSVV + CCGG 6/6 H	SL
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ	SL
14		
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA	SL
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 OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

PA =
 06h 113 x 69
 P = 81
 T = 36,7°C

SINAIS VITAIS				FR
# PREVISÃO DE ALTA	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	12 x 9	79	-	36,20
18 H	110/80	84	-	35,32
24 H	110 x 20	95	-	36,9

Dr. Fernando Rezende
 CRM/R 2007
 Residente em Ortopedia e Traumatologia

110/85 bem-estar no leito medicado e pr, unificados SSVV, sem queixas até o momento.

Auxiliar de Enfermagem



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

Bloco: <u>A</u>	Data: <u>18-02-19</u>	Enfermaria:	Leito: <u>119-3</u>
Nome Completo: <u>Antônio da Silva Oliveira</u>		Idade: <u>35</u>	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: <u>ausente</u>			
Deambulação: () Normal (X) Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR		
(X) Consciente	(X) Orientado	() Desorientado	() Taquicárdico	
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Bradicárdico	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Hipertenso	
(X) Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() Normotenso	
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	(X) Pulso Cheio	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
REGULAÇÃO TÉRMICA		VO (X) SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT		
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Aceitação da dieta: (X) Sim () Não () Parcial	
() Febril	() Febre	() Prexia	Evacuações: (X) Presente () Ausente () Colostomia	
() Hiperpirexia			(X) Normal () Diarreia () Constipação () Melena	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Flatos: (X) Presente () Ausente		
(X) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	REGULAÇÃO ABDOMINAL	
(X) Normocorada	() Hipocorada	() Hiperacorada	(X) Normotenso	() Distendido
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	() Ascítico	() Maciço
() Acianótica	() Edema Local:		Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente	() Timpânico
Úlcera por pressão: () Sim (X) Não	Região: <u>torço</u>		Visceromegalias: () Sim () Não	FO: () Sim () Não
Curativo realizado: (X) Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	

SISTEMA RESPIRATÓRIO			
(X) Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico
Oxigenoterapia: () Sim (X) Não	Qual:	() Ar ambiente	() Traqueostomia
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim (X) Não	Local:	Data:	Trocar em:
Cateter Central: () Sim (X) Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocar em:
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim (X) Não () SNG	() SOG () SNE () SOF () GTT	() Lavagem	() Sifonagem
Dreno de:	Aspecto da secreção:	Quantidade:	
Cateter Vesical: () Sim (X) Não	Data da instalação:	Trocar em:	
Prótese: () Sim (X) Não	Tipo:	Local:	

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	()

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	1193	DATA	19/08/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/U
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/U
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N				S/U
9	-				-
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/U
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Deixar Realizar elástico
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				18
14					
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
16					
17					
18					
19					
20					S/N
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, TIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6H	PA	TA	FR	FC
12 H	110/60	35,0		96
18 H	100/70	35,5		86
24 H	118 x 80	36,7		84

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR/2007
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12 H 110/60 TA 35,0 FC 96
 18 H 100/70 TA 35,5 FC 86
 24 H 118 x 80 TA 36,7 FC 84

18H pct no leito, ofendido SSVU Reduzido ardo de 6/6H.

note - Paciente estavel Ad m.c.p.m + SSVU

Eimar de Almeida Matos
 Doc. em Enf.
 COREN-RR 907672-T6C

Associação de Enfermeiros
 COREN-RR 000 174 087

419-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO					
ALERGIAS: HAS DM2					
IDADE: LEITO 1133 DATA 20/07/2019					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				9h
2	SF 0.9% 500ML EV S/N				}
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N				
9					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				9h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				9h
12	CURATIVO DIÁRIO				9h
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				9h
14					
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA				9h
16					
17					
18					
19					
20					
<p>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.</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.</p> <p># SOLICITADO:</p> <p># CONDUITA: MANTIDA</p>					
SINAIS VITAIS					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO	FR	FC	FR	TE	
12 H	120x70	80	17	35.2°	Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	100x77	89		34.8°	
24 H	137x84	84		35.6°	
06H	120x80	80		36°	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**

AGNÓSTICO: **FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO**

ALERGIAS: _____

IDADE: _____ HAS: _____ DM2: _____

LEITO: **113-3** DATA: **21/03/2019**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	SuO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SU
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N	SU
9	—	SU
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	—
11	SSVV + CCGG 6/6 H	SU
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ	
14		
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA	Su
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		SU

*apresentação
 emoliente*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
 ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6H	PA	FC	FR	T
12 H	130x81	89	—	33,3c
18 H	110x67	90	—	36
24 H	110x67	87	20	36,1
06H	110x64	89	20	36,1

Dr. Fernando Bezende
 CRM RA 2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

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

Bloco: A Data: 02/10/2019 Enfermaria: 119 Leito: 03
 Nome Completo: Antonio de Jesus Duvim 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


SISTEMA NEURÓLOGO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" 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		SISTEMA CARDIOVASCULAR <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 type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Foto-reagente <input type="checkbox"/> Mídicas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTE <input type="checkbox"/> NPE 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 checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarrieta <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA <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		REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <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	

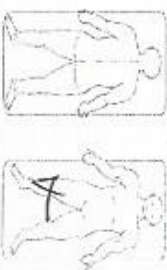
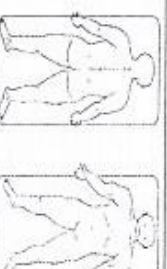
SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Eupneico Bradipneico Taquipneico Dispneico Ar ambiente Traqueostomia
 Oxigenoterapia: Sim Não Qual: _____


CONTROLE DE CAFETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES
 Cafeter Periférico: Sim Não Local: VO Data: _____ Trocar em: _____
 Cafeter Central: Sim Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
 Sinais de Infecção no sítio da punção: Sim Não
 Sondas: SNG SNG SNG SNG SNG SNG SNG
 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"/>

 <p>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR</p>	Protocolo: "1"	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>Antônio da Silva Oliveira</i> Leito: <i>119-3</i>		Data: <i>24/02/19</i>	

Localização		Região: <u>MID</u> Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>QTI</u> tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfaeteo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada (<input checked="" type="checkbox"/>) Dreno/Sonda () Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____			
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Cobertura primária	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h			
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Maria de Estima Viana</i> Auxiliar de Enfermagem CRENER-12/19		<i>Mônica Reis Farias</i> Técnico de Enfermagem CRENER-12/19	
Observações:	_____ _____ _____			

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo #:	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <i>Antonio da Silva Oliveira</i>	Leito: <i>419-3</i>	Data: <i>22 / 02 / 19</i>	

Localização	 	Região: <i>MID</i> Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II ()	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I III IV 2* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>1</u> Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I III IV 2* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		
Pele Perilesional	() Normal () Macerado (<input checked="" type="checkbox"/>) Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Rozângela Miguel Pedoriz</i> Tbc. Enfermagem COREM/RN 229.266	<i>Renata S. Rodrigues</i> Aux. de Enfermagem COREM/RN 145.275		
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____		

219-3
119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DO RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO: FX DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SMD	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N	SN	
9		SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	Retina	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	SN	
12	CURATIVO DIÁRIO	SN	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ	NTF	
14		SN	
15	MORFINA 10MG + 9ML AD FAZER 4ML 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				FR	TXX	Dr. Fernando Bezende CRM RR 1007 Residente de Ortopedia e Traumatologia
# PREVISÃO DE ALTA	FE	FR	TXX			
12 H	103/88	88	=	362		
18 H	143/92	111		361		
24 H	113/69	96				

8800 Paciente no leito não fez exames do período não teve medicações do horário, paciente veio transferido BL-A 119-3, segue sem mais exames

Diemerson Costa da Silva
Téc de Enfermagem
COREN - 664 181



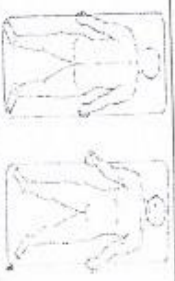

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo: _____ Versão: 08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Paciente: Antonio de Souza Oliveira

Leito: 119.2

Data: 23/02/2019

Localização		Região: <u>perna direita</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 2* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>01</u> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 2* <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: _____	Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<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 type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input 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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0.9% <input 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: _____	<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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	Iris Simone de Oliveira CRN 18.895-17	Adonildes Vieira Araujo Técnico de Enfermagem COREN-RR 507 755/TE		
Observações:				

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Pró. <u>olo nº 1</u>	Versão <u>78</u>	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Antônio D. Oliveira</u> Leito: <u>219-3</u>	Data: <u>24/02/2019</u>			

Localização		Região: <u>M.D.</u> Grau: <u>I</u> () <u>II</u> ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<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"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <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 checked="" 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"/> 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"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo _____ Ortopedia <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:
Aparência do Leito	<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:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input 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:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <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	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input 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 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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0.9% <input 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:	<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:
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Troca	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rozângela Miguel Dendor Tsc/Colagem COREN-RR 629 709			
Observações:				

OK

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
FARMACIA DE QUÍMICA

DATA DE ADMISSÃO:		DIAGNÓSTICO:	UNIDADE:	DATA:
PACIENTE: ANTONIO da SILVA OLIVEIRA		DIAGNÓSTICO: FX TRANSTROCANTERIANA		
ALERGIAS:	DIAS:	EM2:	DATA: 25/02/2019	
IDADE:	SEXO:	DATA:	25/02/2019	
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL E CUIDADOS GOSAS / S / N / D			
2	SFO 0.9% 500ML IV 12/12			
4	TENOXICAM 40 MG EV 2 X DIA S/N			
5	DIPIRONA 500 MG EV DE 6/6 H S			
6	TRAMAL 100MG SFO 0.9% 12/12 OU 01 G/VO DE 2/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VC 2 X DIA > 150 L OU PAO > 110 MM.HG			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VC DE 2/8h (S/N)			
13	CLEFXANE 40MG SC 1X/DIA			
14				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA R. SUBA (R70) CON. DEM. 1 SC/DIA: 100 250 250 250-300 400 300 350 600 250 400 300 200 10 LIT 2 OXIGENIO 2L < 7L/DIA/ML GLICOSE 50% 40 ML

EV LAVISAR PLANTONIS 2X

EVOLUÇÃO MEDICA:

SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	76		
12 H	100x60	79	16	36.4
18 H	116x79	73	-	36.0
24 H	120x80	74		

Dr. Marcos Aguiar
CRM-RR 1595
Residência de Ortopedia e Traumatologia



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

Bloco: **B** Data: **25/02/19** Enfermaria: _____ Leito: **219-3**
 Nome Completo: **Marinete da Silva Oliveira** Idade: **35** Sexo: F M
 Procedência: _____ Hipótese Diagnóstica: **fratura de fêmur B**
 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

SISTEMA NEURÓLOGO <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			SISTEMA CARDIOVASCULAR <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 checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____		
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOF <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"/> Colúmbria <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		
REGULAÇÃO TÉRMICA <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			REGULAÇÃO ABDOMINAL <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 Ruídos Hidroaéreos: <input checked="" 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		
CARACTERÍSTICAS DA PELLE <input checked="" 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 Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <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 CATÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: Sim Não Local: **MSE** Data: **24/02** Trocar em: _____
 Cateter Central: Sim Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
 Sinais de Infecção no sítio da punção: Sim Não
 Sondas: Sim Não SNG SOG SNF 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"/> _____

Marinete da Silva
 Enfermeira
 COREN-RR 157289 - F...



HOSPITAL DE RETAGUARDA

Bloco B
219-3

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNACÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Antonio da Silva Oliveira CPF nº _____

Sou informado que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de **média complexidade** e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 25 de fevereiro de 20 19.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

f) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

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

	S.V.	DIR	DN	
PACIENTE ANT	de SILVA, COMÉRCIA			
AGENCIAMENTO	TELEFONICA E			
ALTERNATIVAS	IM3	DM2		
RACIA	LEIÃO	21/03	DATA	26/02/2019
SEXO				HORÁRIO
1 - DIA	MÉDICO MARCOS AGUIAR ASSINADA			SND.
2 - S/D	M. 21/7/78			10 15
3 - S/D	21 7 2001 86113			12 18 24 06
4 - TRAT	MÉDICO MARCOS AGUIAR ASSINADA			} SW
5 - TRAT	MÉDICO MARCOS AGUIAR ASSINADA			} SW
6 - CAP	23 DE VC SE TÁS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
7 - SIMI	VA DE TÁS 40 GC TÁS VC DE 8/8 n (S/N)			
8 - CLEA	M. 1 x 1x/DIA			16

SÍMBOLO	UNID.	VALOR	FREQ.	TEMP.	
100	mmHg	100x70	70	—	36°C
120	mmHg	100/80	66	16	35.3°C
130	mmHg	117/69	72	—	36°C
140	mmHg	116x70	79	—	36.7°C

Dr. Marcos Aguiar
 CRM-RR 1995
 Residência de Ortopedia e
 Traumatologia

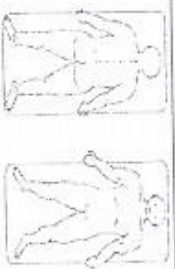

Nutricionista: D. da Silva

Rodrigo Coimbra Silveira
 Nutricionista
 CRN-9538

HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Paciente: *Américo da Silva Oliveira* Leito: *210-3* Data: *26/02/19*

Localização		Região: <u>M I D</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> 9* <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II () <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> 9* <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II () <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Iris Simone M. de Oliveira COB-RR-898.505			
Observações:	_____ _____ _____			

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: ANTONIO da silva oliveira					
AGNOSTIC: TRANSSTROCANTEÉRICA E					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	219-3	DATA	27/02/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DRETA CIRURGIA LICUADA MASTOSA ASSEPTADA				<i>Carne</i>
2	SOLUÇÃO 500ML IV 12/12h				<i>HOJE</i>
3	MORFINA 01 G EV DE 6/6 HS				<i>12-18h</i>
4	DOR INTENSA				<i>N</i>
5	DOR INTENSA				<i>N</i>
6	DOR INTENSA				<i>N</i>
7	DOR INTENSA				<i>N</i>
8	DOR INTENSA				<i>N</i>
9	DOR INTENSA				<i>N</i>
10	DOR INTENSA				<i>N</i>
11	DOR INTENSA				<i>N</i>
12	DOR INTENSA				<i>N</i>
13	DOR INTENSA				<i>N</i>
14	DOR INTENSA				<i>N</i>
15	DOR INTENSA				<i>N</i>
16	DOR INTENSA				<i>N</i>
17	DOR INTENSA				<i>N</i>
18	DOR INTENSA				<i>N</i>
19	DOR INTENSA				<i>N</i>
20	DOR INTENSA				<i>N</i>
21	DOR INTENSA				<i>N</i>
22	DOR INTENSA				<i>N</i>
23	DOR INTENSA				<i>N</i>
24	DOR INTENSA				<i>N</i>
25	DOR INTENSA				<i>N</i>
26	DOR INTENSA				<i>N</i>
27	DOR INTENSA				<i>N</i>
28	DOR INTENSA				<i>N</i>
29	DOR INTENSA				<i>N</i>
30	DOR INTENSA				<i>N</i>
SE DIABETE: CONDIÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100 250 200 250 300 400 300 250 100 350 400 300 250 100 100 OU GLICOSE < 70 D/LML GLICOSE 50% 40 ML EV 4 AVISAR O NÍVEL DA GLICOSE.					
EVOLUÇÃO DA PRÁTICA:					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Marcos Aguiar CRM RR 1995 Residente de Ortopedia e Traumatologia
06h					
12h	100/60	80		35,8°C	
18h	120x80	80		30,3°C	
24h					

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ANTONIO da silva oliveira					
AGNÓSTICO FX TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	219-3	DATA	28/02/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				5.00
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h				10.00
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12.00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12.00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12.00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12.00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				12.00
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16.00
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Marcos Aguiar CRM-RR 1995 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H	100/70	80	-	36.0	
18 H	114/80	83		36.0	
24 H	108/64	78		36.0	

Handwritten notes and signatures:
 28/02/2019
 (Signatures)

12: h não foi realizado a troca do AUP por falta de material (tornerinha)
 // *Martins S. Araújo*
 Téc. de Enfermagem
 CRM - RR 903.866-TE
 Suane

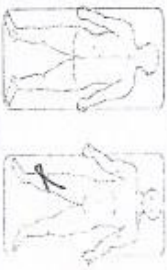
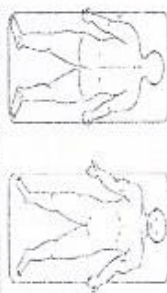
38h pós trauma após a melhora clínica, após iniciado o caso, foi tentado o alívio do caso, mas mesmo não permitindo mais o caso, a melhora foi o dipirone comprimido após as unidades de enfermagem

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ANTONIO da silva oliveira					
AGNÓSTICO FX TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	219-3	DATA	01/03/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				5:00
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h				10:00
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12:18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				7
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				7:50
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				16
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				16
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Marcos Aguiar CRM-RR 1995 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H	130x80	87	-	35.7	
18 H					
24 H	115/70	80		36.2	

06/8 115/65 87
 UHS Paciente recebeu acetaminofeno
 Venoso periférico, sic por
 dipirona comp. —————



Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas -	HGR	Paciente: Antônio da S. Oliveira		
		Leito: 210.3		
			Data: 01/03 / 2019	

Localização		Região: <u>MJD</u>		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 checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: <u>I</u> <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<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: _____	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" 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 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: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input 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 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%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input 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%
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: _____	<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	<input type="checkbox"/> 12/12 <input 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:	Mrs <u>Simpliciana M. de Oliveira</u> COREN: <u>886595</u> - TE	Av. Grande de São Carlos Tel: 66 3333-3333 CO: 13052-22		
Observações:	_____ _____ _____			

219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ANTONIO da silva oliveira					
AGNÓSTICO FX TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	02/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				S/N D
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h				10
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12 18
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	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Marcos Aguiar CRM-RR 1995 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	110x78	79		36,1	
12 H	120x70	70		34,2°C	
18 H	121x79	87		36°C	
24 H	107x77	86		36°C	

22
24 06

10.00 - 16 par. sem AUP reusa medicações EV; afirma fazer uso
 há tres dias de medicação do item 5 por VO - tie. Gliene

219.3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ANTONIO da silva oliveira				
AGNÓSTICO	FX TRANSTROCANTÉRICA E				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	03/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SND
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h				10h
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				2h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				SND
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Marcos Aguiar CRM-RR 1995 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	124/73	82	-	35.7c	
12 H	130x72	85	-	35.8c	
18 H					
24 H					

Handwritten notes and signatures: "22", "06", "15 de 15", "SND", "12", "18", "KAK".

Handwritten note: "vire ->



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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	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>SISTEMA NEURÓLOGO</p> <p>() Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage</p> <p>PUPILAS</p> <p>() Fotorreagente () Mídricas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes</p> <p>REGULAÇÃO TÉRMICA</p> <p>() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia</p> <p>CARACTERÍSTICAS DA PELE</p> <p>() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____</p> <p>Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO</p>	<p>SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> <p>() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____</p> <p>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <p>() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPI Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente</p> <p>REGIÃO ABDOMINAL</p> <p>() Normotenso () Distendido () Globoso () Hácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não</p> <p>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</p> <p>() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen</p>
---	--

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

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

() 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	() _____