

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	
ÍTEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL Livre	5 AM.			
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h	10 AM. 22			
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	12 PM. 24/06			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	1 PM			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	1 PM			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	1 PM			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	1 PM			
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	160x70	78		36,3°C	
12 H	107x77	76		35,7°C	
18 H	130/70	105		35,5°C	
24 H	110x60	80		36,5°C	

12H: Realizado AVP em mSD.
Medicado CPm e Neutrofíco
nos SSR. 3

18h Apurado SSVV, medi-
ndo e.p. médio, segue
os critérios. TE JMK

VPS-A, glico operiu
de no leito médica
de c Pm



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HGR

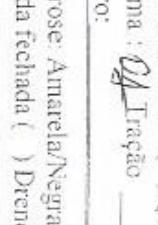
Leito: 219.3

S. Oliveira
Data: 04/03/2019

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização			Região: Pernas direitas	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	Região: _____
	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*	<input type="checkbox"/> Queimadura			
Etiologia	<input type="checkbox"/> Trauma:  Tração		Fixador Externo		<input type="checkbox"/> Ortopedia
	<input type="checkbox"/> Outro:				
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra		<input type="checkbox"/> Esfacelo		<input type="checkbox"/> Granulação
	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada		<input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda		<input type="checkbox"/> Outros
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Macerado		<input type="checkbox"/> Isca
	<input type="checkbox"/> Outro:				
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento		<input type="checkbox"/> Seroso		<input type="checkbox"/> Sanguinolento
	<input type="checkbox"/> Outro:				<input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado		<input type="checkbox"/> Úmido		<input checked="" type="checkbox"/> Seco
	<input type="checkbox"/> Outro:				
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"/> Outro:				<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze		<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase		<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
	<input type="checkbox"/> Outro:				<input type="checkbox"/> Hidrogel
Trocá	<input type="checkbox"/> 12/12		<input checked="" type="checkbox"/> Diário		<input type="checkbox"/> 48/48h
	<input type="checkbox"/> Outro:				<input type="checkbox"/> 12/12
Profissional que realizou procedimento:	<input checked="" type="checkbox"/> Adonilka Neira Araujo		<input type="checkbox"/> Diário		<input type="checkbox"/> 48/48h
	<input type="checkbox"/> Técnica de  Desbragagem				
Observações:	<p></p> <p>Adonilka Neira Araujo Técnica de Desbragagem COREME 507 65TE</p>				

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	05/03/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre			9+4
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h			10 23
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			12 13 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			
	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H OU 2 COMP DE 300MG VO DE 6/6H			12 = 13 24 06
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 Agujar CRM-RR 1995 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	10 X 70	89			
12 H	120/76	75	Jardim S. das Santas	36,0 °C	
18 H	120/70	78	Receptor 97742	36,0 °C	
24 H	120/80	73			

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 FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	06/03/2019
ÍTEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL Livre		5N/D	
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h		10°	26
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS		12°	18, 21
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% FV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		5N	08
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		5N	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OLI PAD > 110 MMHG		5N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		5N	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		161	
	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H OU 2 COMP DE 300MG VO DE 6/6H		12°	18, 21
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	120x70	95		36,1	
12 H	130x90	98	-	35,47	
18 H	120x70	89		35,58	
24 H	100x65	93		36,50	

381. medicado e.p.m., aferido
SSVV, segue aos cuidados
da enfermagem. — TE JAK

07 03 19
6.00h
Cecília


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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Nome Completo:																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Procedência:																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Hipótese Diagnóstica:																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (is):	<input type="checkbox"/> Padrão <input checked="" type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerosol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual idioma:																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Obs:																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante																																																																																																																																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SISTEMA NEUROLOGO</th> <th colspan="3">SISTEMA CARDIOVASCULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consciente</td> <td><input type="checkbox"/> Orientado</td> <td><input type="checkbox"/> Desorientado</td> <td><input type="checkbox"/> Normocárdico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicárdico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicárdico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sedado</td> <td><input type="checkbox"/> Torpido</td> <td><input type="checkbox"/> Comatoso</td> <td><input type="checkbox"/> Normotensa</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotensão</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertenso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agitado</td> <td><input type="checkbox"/> Reage a estímulos</td> <td><input type="checkbox"/> Não reage</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso Cheio</td> <td><input type="checkbox"/> Filiforme</td> <td><input type="checkbox"/> Arritmico</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PUPILAS</td> <td colspan="3">ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fotorreagens</td> <td><input type="checkbox"/> Mióticas</td> <td><input type="checkbox"/> Midriásica</td> <td><input type="checkbox"/> V.O.</td> <td><input type="checkbox"/> SNG/SOG</td> <td><input type="checkbox"/> SNE/SOE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Isocônicas</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocônicas</td> <td><input type="checkbox"/> Não reagentes</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> GTI <input type="checkbox"/> INR</td> </tr> <tr> <td colspan="3">REGULAÇÃO TÉRMICA</td> <td colspan="3">EVACUAÇÕES:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Afebril</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotérmico</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertérmico</td> <td><input type="checkbox"/> Presente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Pirexia</td> <td><input type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Colostomia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipercinética</td> <td colspan="3">CARACTERÍSTICAS DA PELE</td> <td><input type="checkbox"/> Constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Melena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Desidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Ressecada</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipercorada</td> <td><input type="checkbox"/> Presente</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anictêntica</td> <td><input type="checkbox"/> Ictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Cianótica</td> <td><input type="checkbox"/> Absente</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acanótica</td> <td colspan="3">Úlcera por pressão:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td colspan="3">FLATOS:</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">REFLEXO ARDÔMINAL:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> Normotensora</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido</td> <td><input type="checkbox"/> Globoso</td> <td><input type="checkbox"/> Fluido</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td>Qual:</td> <td><input type="checkbox"/> Ascítico</td> <td><input type="checkbox"/> Maciço</td> <td><input type="checkbox"/> Timpanico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéico</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ar ambiente</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Oligúria</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>Local:</td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea</td> <td><input type="checkbox"/> SVD</td> <td><input type="checkbox"/> Anúria</td> <td><input type="checkbox"/> Hematuria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>Local:</td> <td><input type="checkbox"/> Poliúria</td> <td><input type="checkbox"/> Disúria</td> <td><input type="checkbox"/> Coliria</td> <td><input type="checkbox"/> Uropen</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</td> <td colspan="2">Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td colspan="2">Ruidos Hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presente</td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cistostomia</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Irrigação contínua</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>Data da instalação:</td> <td></td> <td></td> <td>Trocár em:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>Tipo:</td> <td></td> <td></td> <td>Local:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de quedas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarréia</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</td> <td><input type="checkbox"/> Dor aguda</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Dor crônica</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody></table>				SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotensa	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico	PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			<input type="checkbox"/> Fotorreagens	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriásica	<input type="checkbox"/> V.O.	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> GTI <input type="checkbox"/> INR	REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES:			<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Hipercinética	CARACTERÍSTICAS DA PELE			<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ausente			<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Presente			<input type="checkbox"/> Anictêntica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Absente			<input type="checkbox"/> Acanótica	Úlcera por pressão:					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FLATOS:							REFLEXO ARDÔMINAL:		<input type="checkbox"/> Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Normotensora	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Fluido	Oxigenoterapia	Qual:	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpanico		<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ar ambiente		<input type="checkbox"/> Oligúria						SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		<input type="checkbox"/> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Coliria	<input type="checkbox"/> Uropen	CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Sinais de Infecção no sítio da punção:				Ruidos Hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presente		Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG		<input type="checkbox"/> Cistostomia		<input type="checkbox"/> Irrigação contínua		Dreno de:						Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da instalação:			Trocár em:		Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal					<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda					<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica					<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea					<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração					<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção					<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada				
SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotensa	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Fotorreagens	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriásica	<input type="checkbox"/> V.O.	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> GTI <input type="checkbox"/> INR																																																																																																																																																																																																																																																																																		
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES:																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Parcial																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Colostomia																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Hipercinética	CARACTERÍSTICAS DA PELE			<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ausente																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Presente																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Anictêntica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Absente																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Acanótica	Úlcera por pressão:																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FLATOS:																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				REFLEXO ARDÔMINAL:																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Normotensora	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Fluido																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Oxigenoterapia	Qual:	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpanico																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Ausente																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ar ambiente		<input type="checkbox"/> Oligúria																																																																																																																																																																																																																																																																																			
				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Hematuria																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Coliria	<input type="checkbox"/> Uropen																																																																																																																																																																																																																																																																																		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Sinais de Infecção no sítio da punção:				Ruidos Hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presente																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG		<input type="checkbox"/> Cistostomia		<input type="checkbox"/> Irrigação contínua																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Dreno de:																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da instalação:			Trocár em:																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada																																																																																																																																																																																																																																																																																						

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
Paciente: **Antônio da Silveira Oliveira**
Leito: **219.3**
Data: **06/13/19**

Localização	Região	Localização	Região
	M 1 D		
() Grau: I () II (X)	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?º () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular	() LPP I II III IV ?º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: _____ Traction _____ Fixador Externo () Ortopedia	() Trauma: _____ Traction _____ Fixador Externo () Ortopedia	() Outro: _____	() Outro: _____
() Aparência da ferida:	() Esiacelo (X) Granulação () Epitelização	() Necrose: Amarela/Negra () Esiacelo () Granulação () Epitelização	() Necrose: Amarela/Negra () Esiacelo () Granulação () Epitelização
() Leito: _____	() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Pele Perilesional: _____	() Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro: _____	() Outro: _____	() Outro: _____	() Outro: _____
() Quantidade de Exsudato: _____	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
() Solução de Limpeza: _____	() Soro Fisiológico 0.9% (X) Clorhexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0.9% () Clorhexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0.9% () Clorhexidina 2% () Álcool 70%
() Cobertura primária: _____	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
() Troca: _____	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rozangela Miguel Decodio Tec. Enfermagem COTEC/UFSCAR 629703		
Observações:			

219-3

at present receive
Dinner
4.00
12.00 count
receive chd
mixer, etc
que the dinner

Às 13:30, recebi paciente
Sem AVP. 1lh. novo AVP.
Telco nº 90.
18h paciente recebeu intom. lh.


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 () Goticula-aerosol () 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																																																																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SISTEMA NEUROLOGO</th> <th colspan="3">SISTEMA CARDIOVASCULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() Consciente</td> <td>() Orientado</td> <td>() Desorientado</td> <td>() Normocárdico</td> <td>() Bradicárdico</td> <td>() Taquicárdico</td> </tr> <tr> <td>() Sedado</td> <td>() Torpido</td> <td>() Comatoso</td> <td>() Normotensão</td> <td>() Hipotensão</td> <td>() Hipertensão</td> </tr> <tr> <td>() Agitado</td> <td>() Reage a estímulos</td> <td>() Não reage</td> <td>() Pulso Cheio</td> <td>() Filiforme</td> <td>() Arritmico</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PUPILAS</td> <td colspan="3">PA</td> </tr> <tr> <td>() Foto-reagente</td> <td>() Mióticas</td> <td>() Midriásica</td> <td>() SNG/SOG</td> <td>() SNE/SOE</td> <td>() GTT () NP</td> </tr> <tr> <td>() Isocônicas</td> <td>() Anisocônicas</td> <td>() Não reagentes</td> <td>Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial</td> <td>() Ausente () Colostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REGULAÇÃO TÉRMICA</td> <td>Evaruações: () Presente () Ausente () Melena</td> <td>() Normal () Diarreia () Constipação</td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Afibril</td> <td>() Hipotérmico</td> <td>() Hipertérmico</td> <td>Flatos: () Presente () Ausente</td> <td colspan="2">REGIÃO ABDOMINAL</td> </tr> <tr> <td>() Febril</td> <td>() Febre</td> <td>() Pintaxia</td> <td>() Normotensão () Ascítico () Presente () Ausente</td> <td>() Distondido () Maciço () Ausente</td> <td>() Flácido () Timpânico</td> </tr> <tr> <td>() Hipertermia</td> <td colspan="3">CARACTERÍSTICAS DA PELE</td> <td>() Ruidos Hidroacúeos: () Sim () Não FO: () Sim () Não</td> <td>() Globoso () Colostomia () Uropen</td> </tr> <tr> <td>() Hidratada</td> <td>() Desidratada</td> <td>() Ressecada</td> <td>() Cianótica</td> <td>() Espontânea () SVD () Andúria () Disúria</td> <td>() Oligúria () Hematuria</td> </tr> <tr> <td>() Normocorada</td> <td>() Hipocorada</td> <td>() Hipercorada</td> <td></td> <td>() Poliúria () Cistostomia</td> <td>() Irrigação contínua</td> </tr> <tr> <td>() Anictérica</td> <td>() Ictérica</td> <td>() Cianótica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Acidotica</td> <td>() Edema Local:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Úlcera por pressão: () Sim () Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Região:</td> <td colspan="3">SISTEMA RESPIRATÓRIO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Curativo realizado: () Sim () Não</td> <td>FO: () SIM () NÃO</td> <td>() Taquipneica () Bradipneico</td> <td>() Dispneico</td> <td>() Ar ambiente () Traqueostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Eupneico</td> <td>() Bradipneico</td> <td>() Taquipneica</td> <td>() Dispneico</td> <td>() Ar ambiente () Traqueostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td>() Sim () Não</td> <td>Qual:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES </td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: () Sim () Não</td> <td>Local:</td> <td colspan="3">Data:</td> <td>Trocárem:</td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: () Sim () Não</td> <td>Local:</td> <td colspan="3">Curativo realizado em:</td> <td>Trocárem:</td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td>() Sim () Não</td> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sondas: () Sim () Não () SNG</td> <td>() SNG () SNE () SOE () GTT</td> <td colspan="3">() Lavagem () Sifonagem</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de:</td> <td>Aspecto da secreção:</td> <td colspan="3"></td> <td>Quantidade:</td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: () Sim () Não</td> <td>Data da Instalação:</td> <td colspan="3"></td> <td>Trocárem:</td> </tr> <tr> <td>Prótese: () Sim () Não</td> <td>Tipo:</td> <td colspan="3"></td> <td>Local:</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM </td> </tr> <tr> <td>() Deglutição</td> <td>() Padrão respiratório ineficaz</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>() Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Risco de glicemia instável</td> <td>() Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td>() Conhecimento deficiente</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Volume de líquidos excessivo</td> <td>() Comunicação verbal prejudicada</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Volume de líquidos deficiente</td> <td>() Risco de dignidade humana comprometida</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Eliminação urinária prejudicada</td> <td>() Processos familiares disfuncionais</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Risco de constipação</td> <td>() Risco de quedas</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Diarreia</td> <td>() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Incontinência intestinal</td> <td>() Dor aguda</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Padrão de sono prejudicado</td> <td>() Dor crônica</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Mobilidade física prejudicada</td> <td>() Náusea</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Integridade da pele prejudicada</td> <td>() Risco de broncoaspiração</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>() Risco de infecção</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>() Conforto prejudicado</td> <td>() Ventilação espontânea prejudicada</td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody></table>				SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertensão	() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	PUPILAS			PA			() Foto-reagente	() Mióticas	() Midriásica	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NP	() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	() Ausente () Colostomia		REGULAÇÃO TÉRMICA			Evaruações: () Presente () Ausente () Melena	() Normal () Diarreia () Constipação		() Afibril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente	REGIÃO ABDOMINAL		() Febril	() Febre	() Pintaxia	() Normotensão () Ascítico () Presente () Ausente	() Distondido () Maciço () Ausente	() Flácido () Timpânico	() Hipertermia	CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Ruidos Hidroacúeos: () Sim () Não FO: () Sim () Não	() Globoso () Colostomia () Uropen	() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Cianótica	() Espontânea () SVD () Andúria () Disúria	() Oligúria () Hematuria	() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada		() Poliúria () Cistostomia	() Irrigação contínua	() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica				() Acidotica	() Edema Local:					Úlcera por pressão: () Sim () Não						Região:	SISTEMA RESPIRATÓRIO					Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO	() Taquipneica () Bradipneico	() Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia		() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneica	() Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia		Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual:				CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						Cateter Periférico: () Sim () Não	Local:	Data:			Trocárem:	Cateter Central: () Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:			Trocárem:	Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim () Não					Sondas: () Sim () Não () SNG	() SNG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem				Dreno de:	Aspecto da secreção:				Quantidade:	Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação:				Trocárem:	Prótese: () Sim () Não	Tipo:				Local:	DIAGNOSTICO 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				
SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR																																																																																																																																																																																																																																																																								
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico																																																																																																																																																																																																																																																																						
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertensão																																																																																																																																																																																																																																																																						
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico																																																																																																																																																																																																																																																																						
PUPILAS			PA																																																																																																																																																																																																																																																																								
() Foto-reagente	() Mióticas	() Midriásica	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NP																																																																																																																																																																																																																																																																						
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	() Ausente () Colostomia																																																																																																																																																																																																																																																																							
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evaruações: () Presente () Ausente () Melena	() Normal () Diarreia () Constipação																																																																																																																																																																																																																																																																							
() Afibril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente	REGIÃO ABDOMINAL																																																																																																																																																																																																																																																																							
() Febril	() Febre	() Pintaxia	() Normotensão () Ascítico () Presente () Ausente	() Distondido () Maciço () Ausente	() Flácido () Timpânico																																																																																																																																																																																																																																																																						
() Hipertermia	CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Ruidos Hidroacúeos: () Sim () Não FO: () Sim () Não	() Globoso () Colostomia () Uropen																																																																																																																																																																																																																																																																						
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Cianótica	() Espontânea () SVD () Andúria () Disúria	() Oligúria () Hematuria																																																																																																																																																																																																																																																																						
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada		() Poliúria () Cistostomia	() Irrigação contínua																																																																																																																																																																																																																																																																						
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica																																																																																																																																																																																																																																																																									
() Acidotica	() Edema Local:																																																																																																																																																																																																																																																																										
Úlcera por pressão: () Sim () Não																																																																																																																																																																																																																																																																											
Região:	SISTEMA RESPIRATÓRIO																																																																																																																																																																																																																																																																										
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO	() Taquipneica () Bradipneico	() Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia																																																																																																																																																																																																																																																																							
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneica	() Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia																																																																																																																																																																																																																																																																							
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual:																																																																																																																																																																																																																																																																									
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES																																																																																																																																																																																																																																																																											
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local:	Data:			Trocárem:																																																																																																																																																																																																																																																																						
Cateter Central: () Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:			Trocárem:																																																																																																																																																																																																																																																																						
Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim () Não																																																																																																																																																																																																																																																																										
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SNG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem																																																																																																																																																																																																																																																																									
Dreno de:	Aspecto da secreção:				Quantidade:																																																																																																																																																																																																																																																																						
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação:				Trocárem:																																																																																																																																																																																																																																																																						
Prótese: () Sim () Não	Tipo:				Local:																																																																																																																																																																																																																																																																						
DIAGNOSTICO 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 da
Tratamento de Feridas -
Paciente: Alejandro da S. Oliveira
Leito: 219.3

Data: 04/03/19

Versão:06

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2013

Localização			Região: <u>Perna Direita</u>
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Grau: I	(<input type="checkbox"/>) II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?º (<input type="checkbox"/>) Queimadura (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Traction — Fixador Externo (<input type="checkbox"/>) Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?º (<input type="checkbox"/>) Queimadura (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Traction — 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"/> 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
Período 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:
Tipos de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sangüíneo (<input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sangüíneo (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/>) Único	<input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/>) Único
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% (<input type="checkbox"/>) Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input type="checkbox"/>) Clorhexidina 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:
Troca	<input type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/>) 48/48h		<input type="checkbox"/> Diário (<input type="checkbox"/>) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilide Vieira Araújo Tenca de Oliveira COREN-SP 077967-TE		
Observações:			



219.3

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU
PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR

REG:993 /2018	D.N.:	
NOME: Antonio da Silva Oliveira	IDADE: 35 anos	SEXO: Mas.
EXAME: USG. PUNHO DIREITO		
PROCEDÊNCIA: BLOCO B	MÉDICO SOLICITANTE: Marcos	

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

O exame realizado com equipamento dinâmico e transdutor linear, apresentando:

Plano superficial de pele e tecido celular subcutâneo normal.

Face volar com túnel do carpo com tendões, vasos e nervo mediano com ecotextura conservada.

Face dorsal com heterogenicidade e irregularidade dos tendões do segundo compartimento extensor num intervalo longitudinal de 0,6 cm.

ID: Sinais ecográficos compatíveis com trauma no segundo compartimento extensor.

NÃO HÁ FILME PARA REGISTRO DE IMAGENS.

Boa Vista – RR, 7/3/2019 16:47


Dr. Marcos Albuquerque
CRM-138/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto
CEP: 69360-000, Boa Vista – RR. Telefone: (095) 2121-0600
E-mail: hospersb@ibest.com.br



219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	219-3	DATA	08/03/2019	
ITEM				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL Livre			SND	
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h SN			SN	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			SN	
14	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H OU 2 COMP DE 300MG VO DE 6/6H			SN	
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H			SN	
16	SSVV+ CCGG 6/6H			SN	
17	FESTimônio tenente xerofagia				

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: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DIA

MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCA, CÓRADO, HIDR.

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H				36°C	
12 H	119x81	95			
18 H	104x76	89	16	35,7°C	
24 H					

Evolução: paciente em BEB, TO, comodo, com pressão arterial 119x81 E, reclamação de dor no tornozelo esquerdo, sem edema, sensibilidade, 7/3/19. Sem febre, suspeita de cefaleia, hidrocefalia, conjuntivite.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

12h. Verificados SSV e administração da medicação
C.P.M. Cristiane Sales de Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 462501

F 15/0

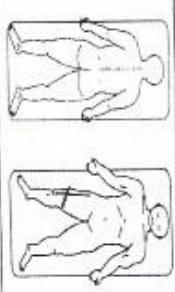
SUSP


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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Nome Completo:		idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Goticula-aerossol <input type="checkbox"/> Goticula-perdigotos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual (is):																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Desambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem desambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SISTEMA NEUROLOGO</th> <th colspan="3">SISTEMA CARDIOVASCULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consciente</td> <td><input type="checkbox"/> Orientado</td> <td><input type="checkbox"/> Desorientado</td> <td><input type="checkbox"/> Normocárdico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicárdico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicárdico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sedado</td> <td><input type="checkbox"/> Torpido</td> <td><input type="checkbox"/> Comatoso</td> <td><input type="checkbox"/> Normotenso</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotensão</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertenso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agitado</td> <td><input type="checkbox"/> Reage a estímulos</td> <td><input type="checkbox"/> Não reage</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso Cheio</td> <td><input type="checkbox"/> Filiforme</td> <td><input type="checkbox"/> Arrítmico</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PUPILAS</td> <td colspan="3">BC: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fotonegante</td> <td><input type="checkbox"/> Mióticas</td> <td><input type="checkbox"/> Midriásica</td> <td><input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG</td> <td><input type="checkbox"/> SNE/SOE</td> <td><input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Isováricas</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocôricas</td> <td><input type="checkbox"/> Não reagentes</td> <td colspan="3">PA: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">REGULAÇÃO TERMICA</td> <td colspan="3">Pulso: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Afebril</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotérmico</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertérmico</td> <td><input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Colostomia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Pirexia</td> <td><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Melena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hiperpirexia</td> <td colspan="3">Platos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> <td colspan="2">REGULAÇÃO ABDOMINAL</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">CARACTERÍSTICAS DA PELE</th> <th colspan="3">ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Desidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Ressecada</td> <td><input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG</td> <td><input type="checkbox"/> SNE/SOE</td> <td><input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipercorada</td> <td><input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Colostomia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Ictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Cianótica</td> <td><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Melena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aciánótica</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Edema Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Flacidez</td> </tr> <tr> <td>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Presente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> <tr> <td>Região: _____</td> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Ascítico</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Maciço</td> </tr> <tr> <td>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> Ruidos Hidraéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Timpânico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Qual: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéico</td> <td></td> <td colspan="2">SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Qual: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cistostomia</td> <td><input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Coliria <input type="checkbox"/> Irrigação contínua</td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">SISTEMA RESPIRATÓRIO</td> <td><input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Data: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">Curativo realizado em: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT</td> <td><input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Quantidade: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td colspan="3">Aspecto da secreção: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Tipo: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Data: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT</td> <td><input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Quantidade: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td colspan="3">Aspecto da secreção: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Tipo: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de quedas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</td> <td><input type="checkbox"/> Dor aguda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Dor crônica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody></table> </td></tr></tbody></table>				SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arrítmico	PUPILAS			BC: _____			<input type="checkbox"/> Fotonegante	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriásica	<input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> Isováricas	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	PA: _____			REGULAÇÃO TERMICA			Pulso: _____			<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Hiperpirexia	Platos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente			REGULAÇÃO ABDOMINAL		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">CARACTERÍSTICAS DA PELE</th> <th colspan="3">ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Desidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Ressecada</td> <td><input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG</td> <td><input type="checkbox"/> SNE/SOE</td> <td><input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipercorada</td> <td><input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Colostomia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Ictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Cianótica</td> <td><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Melena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aciánótica</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Edema Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Flacidez</td> </tr> <tr> <td>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Presente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> <tr> <td>Região: _____</td> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Ascítico</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Maciço</td> </tr> <tr> <td>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> Ruidos Hidraéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Timpânico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Qual: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéico</td> <td></td> <td colspan="2">SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Qual: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cistostomia</td> <td><input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Coliria <input type="checkbox"/> Irrigação contínua</td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">SISTEMA RESPIRATÓRIO</td> <td><input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Data: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">Curativo realizado em: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT</td> <td><input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Quantidade: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td colspan="3">Aspecto da secreção: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Tipo: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Data: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT</td> <td><input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Quantidade: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td colspan="3">Aspecto da secreção: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Tipo: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de quedas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</td> <td><input type="checkbox"/> Dor aguda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Dor crônica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody></table>				CARACTERÍSTICAS DA PELE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Aciánótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____			<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Flacidez	Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Região: _____				<input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Maciço	Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> Ruidos Hidraéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Timpânico	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Qual: _____	<input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dispnéico		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				<input type="checkbox"/> Qual: _____		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Coliria <input type="checkbox"/> Irrigação contínua	Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SISTEMA RESPIRATÓRIO			<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia		Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Data: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____		Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Curativo realizado em: _____			<input type="checkbox"/> Trocar em: _____	Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem		<input type="checkbox"/> Quantidade: _____		Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____					Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____	<input type="checkbox"/> Trocar em: _____				Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Local: _____				CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Data: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____		Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____		Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem		<input type="checkbox"/> Quantidade: _____		Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____					Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____	<input type="checkbox"/> Trocar em: _____				Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> 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"/>			
SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arrítmico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
PUPILAS			BC: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Fotonegante	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriásica	<input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Isováricas	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	PA: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
REGULAÇÃO TERMICA			Pulso: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia	Platos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente			REGULAÇÃO ABDOMINAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">CARACTERÍSTICAS DA PELE</th> <th colspan="3">ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Desidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Ressecada</td> <td><input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG</td> <td><input type="checkbox"/> SNE/SOE</td> <td><input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipercorada</td> <td><input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Colostomia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Ictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Cianótica</td> <td><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Melena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aciánótica</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Edema Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Flacidez</td> </tr> <tr> <td>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Presente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> <tr> <td>Região: _____</td> <td colspan="3"></td> <td><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Ascítico</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Maciço</td> </tr> <tr> <td>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> Ruidos Hidraéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Timpânico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Qual: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéico</td> <td></td> <td colspan="2">SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Qual: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cistostomia</td> <td><input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Coliria <input type="checkbox"/> Irrigação contínua</td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">SISTEMA RESPIRATÓRIO</td> <td><input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Data: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="3">Curativo realizado em: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT</td> <td><input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Quantidade: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td colspan="3">Aspecto da secreção: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Tipo: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Data: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção:</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT</td> <td><input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Quantidade: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td colspan="3">Aspecto da secreção: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Trocar em: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Tipo: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Local: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de quedas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</td> <td><input type="checkbox"/> Dor aguda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Dor crônica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody></table>				CARACTERÍSTICAS DA PELE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Aciánótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____			<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Flacidez	Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Região: _____				<input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Maciço	Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> Ruidos Hidraéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Timpânico	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Qual: _____	<input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dispnéico		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				<input type="checkbox"/> Qual: _____		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Coliria <input type="checkbox"/> Irrigação contínua	Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SISTEMA RESPIRATÓRIO			<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia		Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Data: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____		Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Curativo realizado em: _____			<input type="checkbox"/> Trocar em: _____	Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem		<input type="checkbox"/> Quantidade: _____		Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____					Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____	<input type="checkbox"/> Trocar em: _____				Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Local: _____				CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Data: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____		Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____		Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem		<input type="checkbox"/> Quantidade: _____		Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____					Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____	<input type="checkbox"/> Trocar em: _____				Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> 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"/>																																																																									
CARACTERÍSTICAS DA PELE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Aciánótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____			<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Flacidez																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Região: _____				<input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Maciço																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> Ruidos Hidraéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Timpânico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Qual: _____	<input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dispnéico		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
		<input type="checkbox"/> Qual: _____		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Coliria <input type="checkbox"/> Irrigação contínua																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SISTEMA RESPIRATÓRIO			<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Data: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Curativo realizado em: _____			<input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem		<input type="checkbox"/> Quantidade: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____	<input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Local: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Data: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Curativo realizado em: _____		<input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem		<input type="checkbox"/> Quantidade: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Data da Instalação: _____	<input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Irótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> 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"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em HGR Hospital de Ribeirão	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas – Paciente: <i>Antônio da Silva Oliveira</i>	Leito: <i>219 - 3</i>	Data: <i>08/03/19</i>		

Localização		Região: <i>M 3 D.</i>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma:  Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () 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 () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Maria Zenia R. Araújo</i> <i>Auxiliar Enfermeira</i> <i>CONFERIDA 17/03</i> <i>RP 383563</i>	<i>Rosineide P Nunes</i> <i>Tec. Enfermagem</i> <i>CONFERIDA 17/03</i>		
Observações:				

219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN
PACIENTE		18/02/1983		
AGNÓSTICO		ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA		
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	219-3	DATA
ÍTEM		09/03/2019		
		HORÁRIO		
1	DIETA ORAL Livre	SN D		
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h SN	SN		
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	SN		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SN		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN		
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN		
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	16/03/2019		
14	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H OU 2 COMP DE 300MG VO DE 6/6H	16/03/2019		
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H	24/03/2019		
16	SSVV+ CCGG 6/6H	22/03/2019		
notina				

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: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DI

MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCO, CORADO, HIDR.

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR/1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	113/62	64			
12 H					
18 H	140/91	90		36.7°C	
24 H	120/72	92			

DRS: PCT recusa item 14, o mesmo afirma que estava com diarréia por conta da medicação, que já tinha pedido ao médico que suspendesse.

Paciente recusou o item 14, o mesmo afirma que está dando diarréia nels, os demais item e SSVV realizados e. p. m. fato a troca do acesso venoso.

Manzelma Sampaio Ferreira
COREN-RR 75417

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas – Paciente: <i>ANTONIO DA SILVA</i>	Leito: <i>219 - 3</i>	Data: <i>09 / 03 / 19</i>		

Localização	Região:	Região:		
	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Traction — Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Traction — 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input 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:	Bruno S. Pereira Tempo: 00:00:00 COREN-RP 848.350	Rosineide P. Nunes Téc. enfermagem COREN-RP 778.871		
Observações:				

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA**

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIA:	HAS		DM2		
IDADE:	LEITO	219-3	DATA	10/03/2019	
ÍTEM					HORÁRIO
1	OPERAÇÃO ORAL Livre				SN
2	SALICILATO 500ML IV 12/12h SN				SN
5	TETRACONA 01 G EV DE 6/6 HS				10 (R)
6	PARACETAMOL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	COPRIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	TOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	TETRACONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SAL
13	COPRIL 40MG SC 1X/DIA				(16) n.º 5 Retina)
14	COPRIL 40MG SC 1X/DIA				49 22
15	COPRIL 40MG SC 1X/DIA				PSI
16	COPRIL 40MG SC 1X/DIA				PSI
17	COPRIL 40MG SC 1X/DIA				PSI
<p><i>- FST motomotors fadigante</i></p> <p><i>- Flavonol 1 gotas de 10/12 h 00</i></p>					

EÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-350-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV +

ICA: PACIENTE DEITADO NO LEITO , COM QUEIXA DE DIQUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUICO, CORADO, HIDRATADO.

MÃO	QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCA, CORRIDO, P.R.
SINA	FC FR TEMP
6 H	
12	110x88 89 35,6
18	102x100 95 36,0
24	119x79 81 36,0

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

119x79 8+ 30c
julie repel disorrela.
de florid, hidrologia
11.03.19 A 045h Paunk omnia de
quaria aps un de
Djirrone?
10 m 03 19 tâme Paracetamol 500 mg ou 800 mg (10)
gaze 6/6h (D) os
jeanne + 11 SF 0,9% 500 ml (1) soluções gaviono. os

219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA				
AGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	11/03/2019	
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN D
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h SN				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12.18 24.06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
14	SSVV+CCGG 6/6H				10 AM
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14 - 22.06
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				FISIO 12.06
17	Rx: Fisioterapia Motora de 12/12h (12.06)				24

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 MEDICA: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DIA MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCA, CORADO, HIDR.

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	106/80	73	-	35°C
18 H	108x78	80		36°C
24 H	110x77	82		36,5

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

paciente lote, B66, seguidas, mordida,
hormônios, sem queixas digestivas,
constipação, APP, resto do dia.

12h administrada medicação
de horário c.p.m. sem queixas
durante o plantão

Ivane Martins S. Araújo
Téc. de Enfermagem
CRM - RR 903.886-PE
suau



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

Bloco:	Data:	Infermaria:	Leito:
<i>Antônio Silve</i>		Idade:	() F () M
Nome Completo:			
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim (X) Não	() Padrão () Contato () Gotícula-aerosol () Gotícula-perdigotos		
Alergia: () Sim (X) Não	Qual (s):		
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 NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
(X) Consciente	(X) Orientado	() Desorientado	(X) Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertensão
() Agitado	(X) Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arrítmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
(X) Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	(X) VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Acceptação da dieta: (X) Sim	() Não	() GTT () NPT
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: (X) Presente	() Ausente	() Colostomia
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	(X) Normal	() Diarreia	() Constipação () Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: (X) Presente	() Ausente	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
(X) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	(X) Normotensão	() Distendido	() Globoso () Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpântico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroabêreos: () Presente	() Ausente	
() Acianótica	() Edema Local:		Visceromegalias: () Sim () Não	FO: () Sim	() Não
Úlcera por pressão: () Sim (X) Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:			(X) Espontânea	() SVD	() Anúria () Oligúria
Curativo realizado: (X) Sim () Não	FO: () SIM (X) NÃO		() Poliúria	() Disúria	() Colúria () Hematória
SISTEMA RESPIRATÓRIO			() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Uropêni
(X) Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES		
Oxigenoterapia	() Sim (X) Não	Qual:	Cateter Periférico: (X) Sim () Não	Local: <i>MSE</i>	Data: <i>09/03/19</i>
			Cateter Central: () Sim (X) Não	Local:	Trocár em: <i>12/03/19</i>
Sinais de Infecção no sítio da punção:			() Sim (X) Não	Curativo realizado em:	
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:	Trocár em:	
Órtese: () 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 deficitário	() Risco de dignidade humana comprometida	()			
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	()			
() Risco de constipação	() Risco de quedas	()			
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	()			
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	()			
(X) Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	()			
(X) Mobilidade física prejudicada	() Náusea	()			
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	()			
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	()			
(X) Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	()			

		Núcleo de Enfermagem em	Protocolo	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
HGR Hospital Geral		Tratamento de Feridas --	Paciente:	<i>Anderson das S. Oliveira</i>		
			HGR	Leito:	219 - 3	
				Data:	11/03/19	
Localização		Região: M ¹ D			Região:	
		() Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	() Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)			
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (<input checked="" type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Vascular					
	() Trauma: _____ Traction _____ Fixador Externo (<input type="checkbox"/>) Ortopedia					
	() Outro: _____					
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/>) Esfacela (<input type="checkbox"/>) Granulação (<input type="checkbox"/>) Epitelização					
	() Ferida fechada (<input type="checkbox"/>) Dreno/ Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros _____					
	() Outro: _____					
Pele Perilesional	() Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input checked="" type="checkbox"/>) Isca (<input type="checkbox"/>) Eritema / Rubor					
	() Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input type="checkbox"/>) Isca (<input type="checkbox"/>) Eritema / Rubor					
	() Outro: _____					
Tipo de Exsudato	() Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sangüinolento (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco					
	() Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sangüinolento (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco					
	() Outro: _____					
Quantidade de Exsudato	() Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco					
	() Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco					
	() 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"/>) 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"/>) 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"/>) Outro: _____					
Profissional que realizou procedimento:	<i>José Geraldo Lourenço</i> <i>Enfermeiro Coordenador</i>					
Observações:						

2 | 9 - 3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983	
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS		DM2			
IDADE	LEITO	<u>219-3</u>	DATA	12/03/2019		
ÍTEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre					S N/D
2	SF 0,9% 500ML IV 12/12h SN					SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	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)					ROTIN
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA					14/2
14	SSVV+ CCGG 6/6H					FISIOTERAPIA
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H					14/2
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITIS PÓS TRAUMÁTICA)					14/2

SF DIABÉTICO CORRÉÇÃO 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 +

Evolução médica: paciente deitado no leito, com queixa de diarreia. Sem mais queixas, eviliu bem, sem febre, eupneuco, corado, hidratação adequada.

SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110/85	85	-	36,6°C	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964
12 H	113/68	74	-	35,7°C	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	109/143	82	19	35,6	
24 H	109/84	87	-	36,5°C	

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Antônio Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREM RJ 184.228-16
19/03/076

24 H 109184 8+ - Dorsal
parte em B56, supresso,
resto no Lito, COTÉ, sem
quebras óticas, diversa e evolução
pessoal. D.D.

C. montana


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 () 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																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SISTEMA NEUROLOGO</th> <th colspan="3">SISTEMA CARDIOVASCULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() Consciente () Orientado () Desorientado</td> <td>() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico</td> <td>BC: _____</td> </tr> <tr> <td>() Sedado () Torpido () Comatoso</td> <td>() Normotenso () Hipotensão () Hipertenso</td> <td>PA: _____</td> </tr> <tr> <td>() Agitado () Reage a estímulos () Não reage</td> <td>() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico</td> <td>Pulso: _____</td> </tr> </tbody> </table>				SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	BC: _____	() Sedado () Torpido () Comatoso	() Normotenso () Hipotensão () Hipertenso	PA: _____	() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico	Pulso: _____																																	
SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR																																																
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	BC: _____																																																	
() Sedado () Torpido () Comatoso	() Normotenso () Hipotensão () Hipertenso	PA: _____																																																	
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico	Pulso: _____																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">PUPILAS</th> <th colspan="3">ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() Fotorreagente () Mióticas () Midriática</td> <td>() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Isocônicas () Anisocônicas () Não reagentes</td> <td>Acitação da dieta: () Sim () Não () Parcial</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			() Fotorreagente () Mióticas () Midriática	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT		() Isocônicas () Anisocônicas () Não reagentes	Acitação da dieta: () Sim () Não () Parcial																																					
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL																																																
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT																																																		
() Isocônicas () Anisocônicas () Não reagentes	Acitação da dieta: () Sim () Não () Parcial																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">REGULAÇÃO TÉRMICA</th> <th colspan="3">EVACUAÇÕES:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico</td> <td>() Normal () Diarreia () Constipação</td> <td>() Melena</td> </tr> <tr> <td>() Febril () Febre () Pirexia</td> <td>() Ausente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Hiperpirexia</td> <td>() Presente</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES:			() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação	() Melena	() Febril () Febre () Pirexia	() Ausente		() Hiperpirexia	() Presente																																		
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES:																																																
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação	() Melena																																																	
() Febril () Febre () Pirexia	() Ausente																																																		
() Hiperpirexia	() Presente																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">CARACTERÍSTICAS DA PELE</th> <th colspan="3">FLATOS:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() Hidratada () Desidratada () Ressecada</td> <td>() Normotenso () Distendido () Globoso</td> <td>() Flácido</td> </tr> <tr> <td>() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada</td> <td>() Ascítico () Maciço () Timpântico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Anictérica () Ictérica () Cianótica</td> <td>Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>() Acanótica () Edema Local: _____</td> <td>Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				CARACTERÍSTICAS DA PELE			FLATOS:			() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso	() Flácido	() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada	() Ascítico () Maciço () Timpântico		() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente		() Acanótica () Edema Local: _____	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não																															
CARACTERÍSTICAS DA PELE			FLATOS:																																																
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso	() Flácido																																																	
() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada	() Ascítico () Maciço () Timpântico																																																		
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente																																																		
() Acanótica () Edema Local: _____	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Úlcera por pressão: () Sim () Não</th> <th colspan="3">SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Região: _____</td> <td>() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Curativo realizado: () Sim () Não</td> <td>() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia: () Sim () Não</td> <td>FO: () SIM () NÃO () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			Região: _____	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		Curativo realizado: () Sim () Não	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		Oxigenoterapia: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen																																		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE																																																
Região: _____	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria																																																		
Curativo realizado: () Sim () Não	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria																																																		
Oxigenoterapia: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SISTEMA RESPIRATÓRIO</th> <th colspan="3">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico</td> <td>() Dispneico</td> <td>() Ar ambiente () Traqueostomia</td> <td>Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia () Sim () Não</td> <td>Qual: _____</td> <td></td> <td>Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____</td> </tr> </tbody> </table>				SISTEMA RESPIRATÓRIO			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia	Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____	Oxigenoterapia () Sim () Não	Qual: _____		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____																																		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES																																																
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia	Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____																																																
Oxigenoterapia () Sim () Não	Qual: _____		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</th> <th colspan="3">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cateter Periférico: () Sim () Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Data: _____</td> <td>Trocarn em: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: () Sim () Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Curativo realizado em: _____</td> <td>Trocarn em: _____</td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sondas: () Sim () Não () SNG</td> <td>() SOG () SNE () SOE () GTT</td> <td>() Lavagem () Sifonagem</td> <td>Quantidade: _____</td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td>Aspecto da secreção: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: () Sim () Não</td> <td>Data da Instalação: _____</td> <td>Trocarn em: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prótese: () Sim () Não</td> <td>Tipo: _____</td> <td>Local: _____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocarn em: _____	Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocarn em: _____	Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não				Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem	Quantidade: _____	Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____			Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocarn em: _____		Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____															
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																																																
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocarn em: _____																																																
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocarn em: _____																																																
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não																																																			
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem	Quantidade: _____																																																
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____																																																		
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocarn em: _____																																																	
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() Deglutição</td> <td>() Padrão respiratório ineficaz</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>() Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de glicemia instável</td> <td>() Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td>() Conhecimento deficiente</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Volume de líquidos excessivo</td> <td>() Comunicação verbal prejudicada</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Volume de líquidos deficiente</td> <td>() Risco de dignidade humana comprometida</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Eliminação urinária prejudicada</td> <td>() Processos familiares disfuncionais</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de constipação</td> <td>() Risco de quedas</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Diarréia</td> <td>() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Incontinência intestinal</td> <td>() Dor aguda</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Padrão de sono prejudicado</td> <td>() Dor crônica</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Mobilidade física prejudicada</td> <td>() Náusea</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Integridade da pele prejudicada</td> <td>() Risco de broncoaspiração</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>() Risco de infecção</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Conforto prejudicado</td> <td>() Ventilação espontânea prejudicada</td> <td>() _____</td> </tr> </tbody> </table>				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	() _____	() Diarréia	() 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	() _____
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	() _____																																																	
() Diarréia	() 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

Paciente: Antônio da Silva Oliveira
Leito: 219-3

Data: 12 / 03 / 19

Prot. n° 1

Versão 2

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização		Região: <u>Rn.5.D.</u>		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tracção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tracção _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)
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	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		<u>Bruna Silveira</u>		
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Antônio da Silva Oliveira

Idade: 35 Sexo: M() F() Leito: 29.3 Diagnóstico:

11/03/19

Pct submetido a fisioterapia motora em MSD sem intercorrências.

MANHÃ

Profissional:

TARDE

12/03/19 - Pct. submetido a fisioterapia motora. Sem intercorrências.

Profissional:

Fabiane Soares Ferreira
Fisioterapeuta
CREFF/RR/40.757-F

13/03/19

Pct submetido a fisioterapia motora msds/ intercorrências

MANHÃ

Profissional:

Elvira P. P. P.

TARDE

13/03/19 - Pct. submetido a fisioterapia motora + orientações.

Profissional:

Fabiane Soares Ferreira
Fisioterapeuta
CREFF/RR/40.757-F

219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE		ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO		FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E			
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	219-3	DATA	13/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				S N Dolly
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h SN				SN 12/12 24/06
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				SN 24/06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN 24/06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN 24/06
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN 24/06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN 24/06
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				SN ROTINA
14	SSVV+ CCGG 6/6H				SN 14-22/06
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				SN FISIO
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				SN FISIO

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 +

06 H. Realizada
os fios C.P.M.
Marivalda S. Bichil
M.R.B.
CRF-RR 001640

AVISAR PLANTONISTA
EVOLUÇÃO MÉDICA: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DÍ
MÃO SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCO, CORADO, HIDRA

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP
6 H	98/66	67	-	34,7°C
12 H	123/73	76	-	35,1
18 H	133/80	83	-	35,0
24 H	102/73	76	-	36,6

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Evolução médica
OTE, BFB, restituto ao leito, contactos, impônico, hidratado, percos fisiológicos normais, sem queixas algic平as, faz uso de trocas fibrinolíticas.

D. Marivalda

segundo informações da
farmacêutica benvinda,
não tem o item (13), da
prescrição na farmácia,
enf: bairros ciente.

Tablet 1 de 1000
Tutor em Farmácia
Código: 35153

Sem queixas algic平as durante
o plantão, segue os cuidados
de enfermagem.



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
Paciente: Antônio da C. Oliveira
Leito: 210-3

Protocolo: 1 | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
Data: 13/03/19

Localização		Região: <u>M10</u>		Região:
Etiologia	<input checked="" 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"/> Traction <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"/> Esfacelado <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Feijada fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüíneo <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 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:			
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"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria Zélia R. Araújo</u> <u>Aux de Enfermagem</u> <u>COREN-RR 39353</u> <u>Vanessa da Silva Moraes</u> <u>Enfermeira</u> <u>Coren-RR 152 TE</u>			
Observações:				

219-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE	ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA				
AGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	14/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN D
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12 18:00 20:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN 23:
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				12:00
14	SSVV+ CCGG 6/6H				ron na
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14:00 22:00
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				fisio

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 + 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: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DI
MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCO, CORADO, HIDRA

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130x80	83	18	36,2
18 H	92x65	84	37	35,7
24 H	134/87	87	-	36,1

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

14/3/1964 10:50 65 70 - 36,2
it. n. 13 não foi administrada
não utilize da farmácia
a amoxicilina 300mg
informar que no momento
não tem.

As 06:00 fui para casa propon
11-5 D futebol

219-3

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

Bloco:	B	Data:	14/03/19	Enfermaria:		Leito:	219-03
Nome Completo:	Antônio da Silva Lira			Idade:	35 anos	Sexo:	MF (M)
Procedência:	Estudo Magistral			Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Goticula-aerosol	<input type="checkbox"/> Goticula-perdidos	
Alergia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (is):				
Necessidade de Intérprete?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual idioma:	Português			
Possui acompanhante:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Obs:	Depois			
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sem deambulação	<input checked="" type="checkbox"/> Aramado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante	
SISTEMA NEUROLOGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciência <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Agitação <input checked="" type="checkbox"/> CD o zumbido <input type="checkbox"/> Edema <input checked="" type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Febre <input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia				SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Torpesco <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input checked="" type="checkbox"/> Mídicas <input type="checkbox"/> Ansópticas <input checked="" type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Febre CARACTERISTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Arianótica <input checked="" type="checkbox"/> Ulcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Não reage <input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Edema Local. <input checked="" type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Hipercorada <input type="checkbox"/> Cianótica				<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cítrio <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Fibrilar <input type="checkbox"/> Arritmico AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> Evacuação da bexiga <input checked="" type="checkbox"/> Próstata <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Distensa <input type="checkbox"/> SNC/SOF <input type="checkbox"/> GTI <input type="checkbox"/> TIP <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia			
<input checked="" type="checkbox"/> Oxigenoterapia				REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Ascítico <input checked="" type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
<input checked="" type="checkbox"/> Eufônico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SISTEMA RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Qual:				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Irrigação contínua			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Sinais de Infecção no sítio da punção: Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG Oreno de: Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Protese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				Local: _____ Data: _____ Local: _____ Curativo realizado em: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Motilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Conforto prejudicado							
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Décit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Décit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada							



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Antônio do Nascimento Almeida
Idade: 35 Sexo: M() F() Leito: 29-3 Diagnóstico: _____

14/03/19

MANHÃ

TARDE

MANHÃ

TARDE

Pel submetido o paciente sente dor no lado direito
máximo da mandíbula no momento e aumento de
dor de menor.

Profissional:
Flávio Machado
FISIOTERAPIA
CRF-RO 12/1545344

Profissional:

18/03/19 (m) Pel submetido o paciente sente dor no lado

Profissional:
Fabiane Soares Ferreira

17/03/19 - Pel. submetido a fisioterapia matutina.
Sem intercorrência.

Profissional:
Fabiane Soares Ferreira
Fisioterapeuta
CRF-RO 12/1545344

219-3

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

DATA DE ADMISSÃO DIH 29/12/2018 DN 18/02/1983

PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E

ALERGIAS HAS DM2

IDADE LEITO 219-3 DATA 15/03/2019

ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre			S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			21-18
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	SSVV+ CCGG 6/6H			Portaria
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H			22-06
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)			Fisio

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 MEDICA: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DOR NA MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUICO, CORADO, HIDRATADO.

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	119x80	79		36.0
12 H	118/71	81		35.5
18 H	113/71	79		36
24 H	95x74	71		36.1

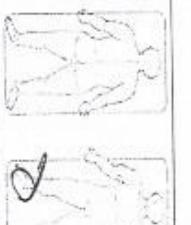
Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

22h. medicando e.p.sor, apesar de SSVV, segue nos cuidados de enfermagem. — TE: JAX



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Leito: 215-3 Data: 15/03/19

Localização		Região: MZD		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV V ^{2*} () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma:  Traction () Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	() LPP I II III IV V ^{2*} () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma:  Traction () Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros		
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () 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 <input type="checkbox"/> Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	219-3	DATA	16/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				S/N/D
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	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				X/6
14	SSVV+ CCGG 6/6H				Reativo
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14/26/19
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				PT
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					
SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110x60	78			Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	12 x 80				
18 H	135x81	+3			
24 H					

feito ss uu
+ medico cc
cp m.

Diana Rojen Wessner
Técnico em enfermagem
COREN-RR 556 DATA

EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTI, AFEBRIL, com tração transtrocantérica em perna esquerda referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ferimento sem sinais de necrose , sem escaras , pulsos periféricos palpáveis, sem sinais neurológicos

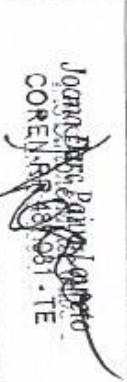
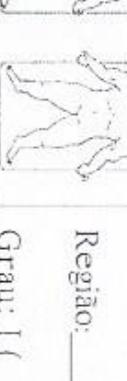
conduta: mantida
programação

24 PA 105x73
FC 78

Vânia Regina da Silva
COREN-RR 489843-AE

Vânia

HGR Hospital HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – Paciente: <i>Antônio Vilela Oliveira</i>	Versão: Proto n.º 1	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
			Leito: 239.3	Data: 16/03/2019

Localização	 	Região: <i>Período</i>	 	Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração () Outro:	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	() LPP I II III IV ?* () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Ferida fechada () Necrose: Amarela/Negra () Ferida Fechada () Outro:	() Esfacelo () Granulação () Epitelização () Eritema / Rubor () Outro:	() Esfacelo () Granulação () Epitelização () Dreno/Sonda () Outros () Purulento () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Eritema / Rubor () Seco () Outro:
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () Umido () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Sero-sanguíneo () Seco () Outro:	() Molhado () Umido () Seco	() Molhado () Umido () Seco	() Molhado () Umido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Solução de Limpeza () Cobertura primária () Troca	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Álcool 70% () Soro Fisiológico 0,9% () Clotrexidina 2% () Álcool 70% () Soro Fisiológico 0,9% () Clotrexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Profissional que realizou procedimento:	<i>Jornalista Paulista - CORREIO DA MANHÃ</i>	Ana Carolina Sico Corsi Tsc. em Enfermagem CORPO DE POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO		
Observações:				

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE		ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO		FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E			
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	<u>219-3</u>	DATA	17/03/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				S/0
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				S/0 <u>14:24</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				Ativo
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/V
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				7am
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				<u>16</u>
14	SSVV+ CCGG 6/6H				Reat.
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				<u>14-26-06</u>
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				<u>Reat.</u>
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 +					
300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV +					
AVISAR PLANTONISTA					
SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	<u>336x79</u>	<u>78</u>			Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	<u>30x70</u>	<u>64</u>			
18 H	<u>13x70</u>	<u>64</u>			
24 H	<u>13x70</u>	<u>105</u>	<u>35.7</u>		

Evolução médica: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocantérica em perna esquerda referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ferimento sem sinais de necrose , sem escaras , pulsos periféricos palpáveis, sem sinais neurológicos

conduta: mantida
 programação:

02/219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	<u>219-3</u>	DATA	18/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				?
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)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				1x
14	SSVV+ CCGG 6/6H				ROTINA / 14 20/06/
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				FISIOT.
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					
SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x70	78		36°	
10/12 H	120/90	82	19	36.7°	
18 H	106/80	82	—	36°C	
24 H	110x70	81	17	36C	

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocantérica em perna esquerda referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ferimento sem sinais de necrose , sem escaras , pulsos periféricos palpáveis.

conduta: mantida

programação:

Já nove, verificado
níveis vitais satisfeitos:
segue c/ a enfermagem

06h paciente no leito feito
medicações de horários cpm
SSVV feito sem queixas segue
aos cuidados da Enf: tec naafute
Nota: Vamos fazer um banho
Data: 18/02/2019 - Tel: 0651.077



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 - aerosol () Gotícula - perdigonos																																														
Alergia: () Sim () Não		Qual (s):																																														
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não		Qual idioma:																																														
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs:																																														
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante																																																
SISTEMA NEUROLOGICO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sefiado () Forpso () Comissivo () Agitado () Reage a estímulos () Não reage () Edema cefálico () Edema óptico () Edema óptico () Taquicardia () Bradicardia () Bradicardia () Taquicardia () Bradicardia () Bradicardia () Respiratório () Edema () Edema () Viperígena																																																
SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdica () Bradicárdica () Taquicárdica () Normotensiva () Hipotensiva () Hipertensiva () Pulo cheio () Fibrilme () Arritmico () Pulo cheio () Fibrilme () Arritmico () Pulo cheio () Fibrilme () Arritmico																																																
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VGO () TSG/SGC () SNG/SOG () GTT () MTC () MTC () Absorção de gordura () Ausente () Ausente () Evacuação () Presente () Ausente () Ausente () Normal () Alterado () Ausente () Ausente () Platô () Presente () Ausente																																																
REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normoabdominal () Distendido () Globoso () Flácido () Ascitro () Maciço () Timpânico () Ausente () Ruidos Hidroaéreos () Presente () Ausente () Visceromegalias () Sim () Não FO: () Sim () Não																																																
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação continua () Uropênia																																																
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eufônico () Bradipônico () Taquipônico () 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 <table border="1"> <tr> <td>() Deglutição</td> <td>() Padrão respiratório ineficaz</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>() Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de glicemia instável</td> <td>() Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td>() Conhecimento deficiente</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Volume de líquidos excessivo</td> <td>() Comunicação verbal prejudicada</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Volume de líquidos deficitário</td> <td>() Risco de dignidade humana comprometida</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Eliminação urinária prejudicada</td> <td>() Processos familiares disfuncionais</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de constipação</td> <td>() Risco de quedas</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Diarreia</td> <td>() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Incontinência intestinal</td> <td>() Dor aguda</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Padrão de sono prejudicado</td> <td>() Dor crônica</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Mobilidade física prejudicada</td> <td>() Náusea</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Integridade da pele prejudicada</td> <td>() Risco de broncoaspiração</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>() Risco de infecção</td> <td>() _____</td> </tr> <tr> <td>() Conforto prejudicado</td> <td>() Ventilação espontânea prejudicada</td> <td>() _____</td> </tr> </table>				() 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 deficitário	() 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	() _____
() 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 deficitário	() 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	() _____																																														

219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	19/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN D
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				12:00 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16:00
14	SSVV+ CCGG 6/6H				Recomendação
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				16:30
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				Fisio
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 20UI; 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					
SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H	120x89	94	20	36°C	
18 H	126/80	87	20	35°C	
24 H	109/81	86	-	36°C	

16:00 Paciente
reperc. algas /
período:
E

Evolução médica: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocantérica em perna esquerda referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ferimento sem sinais de necrose , sem escaras , pulsos periféricos palpáveis.

conduta: mantida
programação:



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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Nome Completo:		Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Gotícula-aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula-perdigotos																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual(is): _____																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Possui acompanhante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SISTEMA NEUROLOGO</th> <th colspan="3">SISTEMA CARDIOVASCULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consciente</td> <td><input type="checkbox"/> Orientado</td> <td><input type="checkbox"/> Desorientado</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotônico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicárdico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicárdico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sedado</td> <td><input type="checkbox"/> Torpido</td> <td><input type="checkbox"/> Comatoso</td> <td><input type="checkbox"/> Normotônico</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertenso</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotensão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agitado</td> <td><input type="checkbox"/> Reage a estímulos</td> <td><input type="checkbox"/> Não reage</td> <td><input type="checkbox"/> Pulo Cílico</td> <td><input type="checkbox"/> Filiforme</td> <td><input type="checkbox"/> Arterial</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PUPILAS</td> <td colspan="3">SISTEMA DIGESTIVO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dilatada</td> <td><input type="checkbox"/> Pupilária</td> <td><input type="checkbox"/> Irregular</td> <td><input type="checkbox"/> PDI = 150/500</td> <td><input type="checkbox"/> Salivação</td> <td><input type="checkbox"/> GDI = 100</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Isocárdia</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocárdia</td> <td><input type="checkbox"/> Não reagências</td> <td>Acusações de dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Bile</td> <td><input type="checkbox"/> Gasosa</td> </tr> <tr> <td colspan="3">REGULAÇÃO TÉRMICA</td> <td>Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Vômito</td> <td><input type="checkbox"/> Constipação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aquec.</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotérmico</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertermico</td> <td><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ondulante</td> <td><input type="checkbox"/> Diarréia</td> <td><input type="checkbox"/> Melena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frio</td> <td><input type="checkbox"/> Quente</td> <td><input type="checkbox"/> Óptima</td> <td>Flecos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Colite</td> <td><input type="checkbox"/> Melena</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipotermia</td> <td colspan="3">REGULAÇÃO ABDOMINAL</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">CARACTERÍSTICAS DA PELE</td> <td><input type="checkbox"/> Normotônico</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido</td> <td><input type="checkbox"/> Globoso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Desidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Ressecada</td> <td><input type="checkbox"/> Ascítico</td> <td><input type="checkbox"/> Maciço</td> <td><input type="checkbox"/> Limpânico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipocorada</td> <td><input type="checkbox"/> Hipercorada</td> <td>Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Ictérica</td> <td><input type="checkbox"/> Clanótica</td> <td>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="2">SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anictótica</td> <td><input type="checkbox"/> Edema Local: _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria</td> <td><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematuria</td> <td><input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropêni</td> </tr> <tr> <td>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cistostomia</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Região: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">SISTEMA RESPIRATÓRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéico</td> <td><input type="checkbox"/> Ar ambiente</td> <td><input type="checkbox"/> Traqueostomia</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="4">Qual: _____</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Local: _____</td> <td colspan="3">Data: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Local: _____</td> <td colspan="3">Curativo realizado em: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG</td> <td><input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dreno de: _____</td> <td>Aspecto da secreção: _____</td> <td colspan="4">Quantidade: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Data da Instalação: _____</td> <td colspan="3">Trocárem: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Tipo: _____</td> <td colspan="4">Local: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="6">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Processos familiares distacionais</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de quedas</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</td> <td><input type="checkbox"/> Dor aguda</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Dor crônica</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody></table>				SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulo Cílico	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arterial	PUPILAS			SISTEMA DIGESTIVO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			<input type="checkbox"/> Dilatada	<input type="checkbox"/> Pupilária	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> PDI = 150/500	<input type="checkbox"/> Salivação	<input type="checkbox"/> GDI = 100	<input type="checkbox"/> Isocárdia	<input type="checkbox"/> Anisocárdia	<input type="checkbox"/> Não reagências	Acusações de dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Bile	<input type="checkbox"/> Gasosa	REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Aquec.	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertermico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ondulante	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Óptima	Flecos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colite	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Hipotermia	REGULAÇÃO ABDOMINAL					CARACTERÍSTICAS DA PELE			<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Limpânico	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Clanótica	Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		<input type="checkbox"/> Anictótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropêni	Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Cistostomia			Região: _____						Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">SISTEMA RESPIRATÓRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéico</td> <td><input type="checkbox"/> Ar ambiente</td> <td><input type="checkbox"/> Traqueostomia</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="4">Qual: _____</td> </tr> </tbody> </table>						SISTEMA RESPIRATÓRIO						<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual: _____				CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Data: _____			Trocárem: _____	Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____			Trocárem: _____	Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem				Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____				Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da Instalação: _____	Trocárem: _____				Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 distacionais	<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"/>			
SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulo Cílico	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arterial																																																																																																																																																																																																																																																																																								
PUPILAS			SISTEMA DIGESTIVO E SISTEMA GASTROINTESTINAL																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Dilatada	<input type="checkbox"/> Pupilária	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> PDI = 150/500	<input type="checkbox"/> Salivação	<input type="checkbox"/> GDI = 100																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Isocárdia	<input type="checkbox"/> Anisocárdia	<input type="checkbox"/> Não reagências	Acusações de dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Bile	<input type="checkbox"/> Gasosa																																																																																																																																																																																																																																																																																								
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Constipação																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Aquec.	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertermico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ondulante	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Melena																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Óptima	Flecos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colite	<input type="checkbox"/> Melena																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Hipotermia	REGULAÇÃO ABDOMINAL																																																																																																																																																																																																																																																																																												
CARACTERÍSTICAS DA PELE			<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Limpânico																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Clanótica	Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Anictótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropêni																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Cistostomia																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Região: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																																																																																																																																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">SISTEMA RESPIRATÓRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eupneico</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéico</td> <td><input type="checkbox"/> Ar ambiente</td> <td><input type="checkbox"/> Traqueostomia</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="4">Qual: _____</td> </tr> </tbody> </table>						SISTEMA RESPIRATÓRIO						<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual: _____																																																																																																																																																																																																																																																																									
SISTEMA RESPIRATÓRIO																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																											
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Data: _____			Trocárem: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____			Trocárem: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da Instalação: _____	Trocárem: _____																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 distacionais	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																											



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Paciente: *Julsonia da S. Oliveira*
Leito: *219-3*
Data: *29/03/19*

Localização	 <input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <i>Mida</i> <input type="checkbox"/> II	 <input type="checkbox"/> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <i>Q</i> <input checked="" type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP <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: <i>Q</i> <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input 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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguíneo lento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguíneo lento <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 checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 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:
Troca	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 1/4/12 <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Vanessa da Silva Vinha Técnica Enfermeira COREN-RR 022.107.657-0</i>	
Observações:		

219-3

1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	219-3	DATA	20/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				SN 17:40
6	TRAMAL 100MG + Sf 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN Julian
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				Ho
14	SSVV+ CCGG 6/6H				Ranitida
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14 22:00
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				Fisio
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					
SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	110x60	50		36	
12 H	120x70	87	46	35,7C	
18 H	110x79	93		35,7	
24 H	100x70	84			

Evolução médica: Encontro paciente deitado no leito, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocantérica em perna esquerda referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ferimento sem sinais de necrose , sem escaras , pulsos periféricos palpáveis.

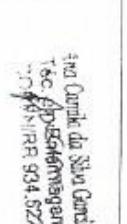
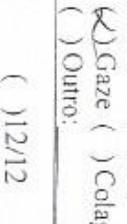
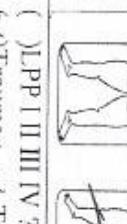
conduta: mantida
 programação:

Visitação do S. M.º
 Francisco de Oliveira
 CRM-RR 01.01753-T

{ 18:00h Paciente vai encontrar no leito,
 queixou-se de dor, administrada
 1g. de dipirona, ssvv. verificada
 fugiu para cuidado da enfermagem.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: <i>Antônio dos S. Oliveira</i>		
		Leito: <i>3</i>		
		Data: <i>22/03/2019</i>		

Localização	Região:  	Região:  		
Etiologia	<p>(<input type="checkbox"/>) LPP I II III IV ?* (<input type="checkbox"/>) Queimadura (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Vascula</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma : <u>↓</u>Tração — Fixador Externo (<input type="checkbox"/>) ortopedia</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) LPP I II III IV ?* (<input type="checkbox"/>) Queimadura (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Vascula</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma : <u>↓</u>Tração — Fixador Externo (<input type="checkbox"/>) ortopedia</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>		
Aparência do Leito	<p>(<input type="checkbox"/>) Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/>) Esfacelo (<input type="checkbox"/>) Granulação (<input type="checkbox"/>) Epitelização</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida fechada (<input type="checkbox"/>) Dreno/ Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/>) Esfacelo (<input type="checkbox"/>) Granulação (<input type="checkbox"/>) Epitelização</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida Fechada (<input type="checkbox"/>) Dreno/Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros</p>		
Pele Perilesional	<p>(<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input type="checkbox"/>) seca (<input checked="" type="checkbox"/>) Eritema / Rubor</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input type="checkbox"/>) seca (<input checked="" type="checkbox"/>) Eritema / Rubor</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>		
Tipos de Exsudato	<p>(<input type="checkbox"/>) Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Serossanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>		
Quantidade de Exsudato	<p>(<input type="checkbox"/>) Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco</p>		
Solução de Limpeza	<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/>) Álcool 70%</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input type="checkbox"/>) Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/>) Álcool 70%</p>		
Cobertura primária	<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze (<input type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) Gaze (<input type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outro:</p>		
Troca	<p>(<input type="checkbox"/>) 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário (<input type="checkbox"/>) 48/48h</p>	<p>(<input type="checkbox"/>) 12/12 (<input type="checkbox"/>) Diário (<input type="checkbox"/>) 48/48h</p>		
Profissional que realizou procedimento:	<p>Larissa Alves Soárez Técnica de Enfermagem CREFR 124.428-TR CRF-GO 934.522</p>			
Observações:				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/12/2018	DN	18/02/1983
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	219-3	DATA	23/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	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	SSVV+ CCGG 6/6H				Ranina
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14 22 06
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				FST
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					
SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H					
18 H					
24 H					

Evolução médica: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocantérica em perna esquerda, SEM SINAIS DE FLOGOSE, referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora. EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ferimento sem sinais de necrose, sem escaras, pulsos periféricos palpáveis, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

conduta: mantida
programação:

Transferido p/ UNIMED
08/03/2019



www.unimedbv.com.br
Av. Gleison de Falco, 3027
63303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400



TERMO DE INTERNAÇÃO

DATA/HORA: 23/03/2019 - 11:10

LEITO.....: C11

PRONTUÁRIO...: 000059114

REGISTRO...: 5484410

NOME.....: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

NASCIMENTO: 18/12/1983

IDADE.....: 35 anos

SEXO.....: Masculino

NACIONAL....: BRASILEIRA

PAI.....: ANTONIO PRUDENCIO DE OLIVEIR

MAE.....: FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA

DOCUMENTO.: 221866

CPF.....: 77111940210

ORG.PAC...:

PROFISSÃO...:

RELIGIÃO...:

EST.CIVIL...:

ENDERECO...: RUA ACARI

BAIRRO....: SANTA TEREZA

CIDADE....: BOA VISTA

CEP.....: 69314102

TELEFONE...: 9599181815

CONTRATO....:

Convenio...: PARTICULAR/PARTICULAR

BENEFICI...:

GUIA.....:

Matricula...:

MEDICO....: DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA CRM.....: 1176

TIP.INTER.: CIRURGICO

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

NOME RESP.: LOURENÇA ALVES BATISTA

TELEFONE...: (95)9918-181CPF.....: 768.024.262-34

DOCUMENTO.: 237362

Observação: INTERNO PARA PROCEDIMENTO COM DR. DALSON, C11 RESERVADO, ORÇAMENTO REALIZADO.
TERMOS ASSINADOS. EXAME DE RX ANEXO AO PRONTUARIO.

COD.PROCED: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CI

Usuário...: PATRICIA SILVA

1 - PROTOCOLO - DATA ____ / ____ / ____ - HORA ____ :

DE: SEÇÃO DE CONTAS _____

PARA: TESOURARIA _____

LEITO: _____ RAMAL: _____

RESTRIÇÕES: SIM () NÃO ()

2 - PROTOCOLO - DATA ____ / ____ / ____ - HORA ____ :

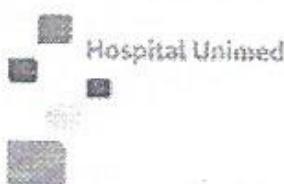
DE: TESOURARIA _____

PARA: ENFERMAGEM _____

Laura de Botto
Assinatura Paciente / Responsável

M
CONFERE COM ORIGINAL

3.2.08.81



www.unimedbv.com.br
Av. Glacyon da Paixão, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR.
Fone: (95) 3195-8400



TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a): Dr. Danson Denis

Sobre o procedimento a que o(a) paciente **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA**

será submetido(a), do qual, eu Laura Alin Batista grau de parentesco: Espouse sou responsável legal.

Procedimento: 30725127 - FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRU

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, **principais riscos**, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a **possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento** a que o paciente será submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, óbito e etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessário realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomo-patológica.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: () Não () Sim

Boa Vista - RR, 23 de Março de 2019

[Handwritten signature]
~~CONFERE COM ORIGINAL~~



www.unimeddev.com.br
Av. Gláucio de Paiva, 3027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PAGAMENTO

Eu, LOURENÇA ALVES BATISTA portador (a) do RG Nº 237362 e CPF: 768.024.262-34 declaro para os devidos fins legais, que assumo frente ao **Hospital da Unimed** inscrito no CNPJ 10.169.852 / 0002 - 41, a responsabilidade pelo pagamento integral do custos com medicamentos, honorários médicos, material, diárias, custos de administração sobre o valor total da conta hospitalar e outros que porventura existam, decorrentes da realização do atendimento médico hospitalar, inclusive com internação clínica, cirúrgica e atendimento de urgência e emergência, realizado no paciente **ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA** código 5484410 e que serão pagos a importância de R\$

_____ (à vista / à prazo - neste caso especificar o total de parcelas e que serão cobrados juros de 3% (três por cento) ao mês, mais correção monetária) tão logo seja apresentada a conta hospitalar respectiva. No caso de pacientes conveniados à Unimed, mediante a apresentação da autorização do procedimento ou da internação, esse documento será desconsiderado.

Observação.: {Obs}

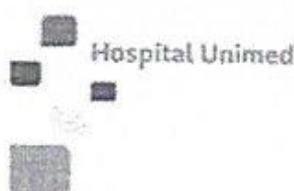
Boa Vista - RR, 23 de Março de 2019

Assinatura do paciente

Lourença Alvin Batista
Assinatura responsável

Grau de parentesco: Espouse

SMY
CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedbv.com.br
Av. Glacyon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, São Paulo - SP
Fone: (12) 3198-8400



CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Antônio da Silva PRONTUÁRIO _____
CIRURGIA: Fratura de fêmur

- ANESTESIA: Geral Venosa Peridural com cateter Geral
 Geral Inalatória Peridural sem cateter Sedação
 Geral combinada Raquianestesia Local

Anestesista: J. Cecília

Admissão na RPA: às _____ HORAS Data 23/10/2017

MONITORIZAÇÃO

- ECG OXIMETRIA PANI PA INVASIVA

DRENOS/CÂNLULAS

- Sonda gástrica SNE SVD Nº _____ Guedel nº _____
 Penrose nº _____ Tórax Nº _____ Sucção Nº _____ kher Nº _____

OUTROS: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- Acordado Sonolento Calmo Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

Hora	14:40	15:10						
Sat O2 %	92	97						
O2 Litros/min	-	-						
Respiração								
Tax								
P.A. mmHg	90/60	90/60						
Pulso bpm	89	86						
Funcionário	Valéria	Ulysses						

Desligado Oxigênio às _____
Alta da RPA às _____

ANOTAÇÕES: 15:15 Ponto LOTE, BFG, SVD despregado local

Assinatura:

[Signature]
CONFERE COM ORIGINAL

BOLETIM OPERATÓRIO

Hospital Unimed

Unimed



Boa Vista

Nome: Antônio da Silveira Idade: _____
Data: 23/3/19 S.O.: _____ Sexo: _____

Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Fratura de Frim (B)</u>
Indicação Terapêutica	
Tipo de Internação	
Medicações e Acidentes	
Diagnóstico Operatório	

Cirurgião	<u>Dra. Valéria</u>		
1º auxiliar			
2º auxiliar			
3º auxiliar			
Anestesista	<u>Dra. Eliane</u>		
Inicio		Fim	
			Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Hospital Unimed

Unimed



Boa Vista

- 1- Deltoides
- 2- Pingo + pulpa
- 3- Cípsula
- 4- Túnel nervoso + densificação da fratura
- 5- Am. scuta + midost
- 6- Fenda da fratura + fuso flaco e espesso (lo) + hmc
- 7- Fuso interno + gutam +
- 8- Curva
- 9- ICPN

~~CONFERE COM ORIGINAL~~

Dr. Valson Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-FRR 1176 RQE 083

Ficha Anestésica

Hospital Unimed

Unimed 

23.03.19
Oriopodidae

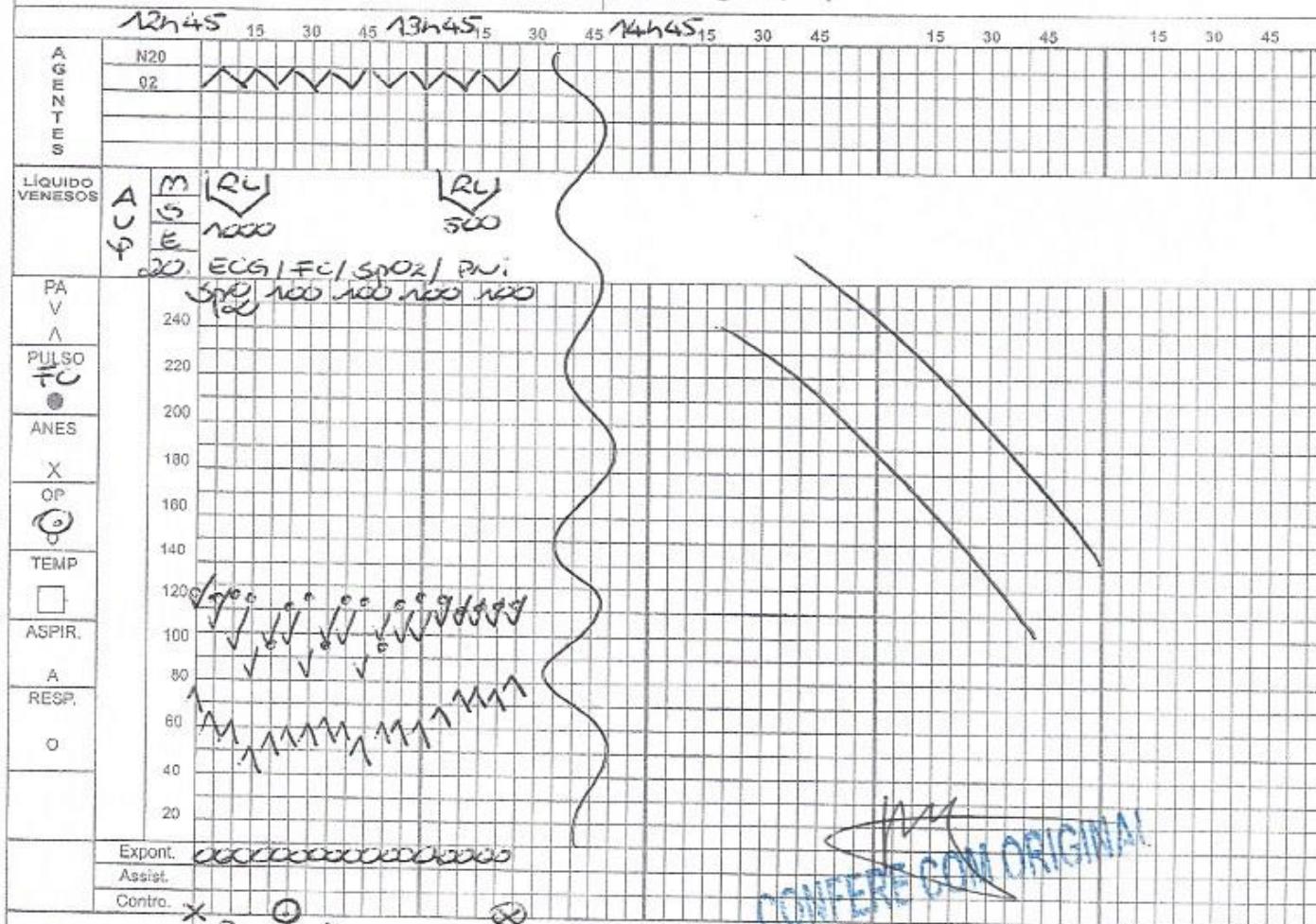
Boa Vista

244

~~EF ASAP / de alergias.~~

Pré-medicação - Droga - Dose - Efeito

Nome Antônio da Silva Oliveira
Prontuário 35 anos.
58114



ENTERS	DOSSES	REAC + reac. c/o
Bipirazine 10mg	100	Rec. + reac. c/o
berkina 80mg	100	Rec. + reac. c/o
titaneil 100mg	100	Rec. + reac. c/o
cetamina 15mg	100	Rec. + reac. c/o
sudazolam 7mg	100	Rec. + reac. c/o

ANOTACOES

- x monitorização
- Qd mb salto naval.
- 1) Fentanil 100 mcg /
- etomidate 15 mcg /
- nidazepam 3 mcg /
- 2) ASA: paracetamol D, 1364,
aq. 4 ml x 200, 1000 mg /
- mg IT ou supr 0,5% lidocaina
+ 10 mg + morfina 80 mg .
- 3) cefazolina 3g /.
- 4) dicumarol 10 mg /
- 5) Fenotiazina 40 mg /.
- 6) nizatidina 1 mg /.
- AMANITA ~~leucophaea~~ 0,5 mg /.
- DEPRESSAO RESPIRATORIA - HIPOXIA
- 7) oxitocina 500
- BUCKING - VOMITO
- Oxitala retropuls 4 mg /.
- HEMORRAGIA ARRESTO
- 8) BRADI - TAQUICARDIA - CHOCOL

ANESTESIOLOGA Dra. Evelyne Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 161

CHURCH

Dolores Teitosa.

PERDA SANGUÍNEA
X RPA/1

ONOME: Antônio da Silva Oliveira

ANOTAÇÃO DE TEC. DE ENFERMAGEM

Bloco: C Leito: II Data: 21/10/19

Paciente em repouso no leito, mantendo-se náfril, expreco comunicativo, com O2h cada, Tenoxycon 4.0 mg, F11, usado, + Seringa 20 ml + 2amp. de agua destilada. 1 A.G 40X12. Pct. recebido s/est. Dc. 10/08/00 que procedeu a sua hospitalização. realizada histerotomia, usada, 3 abdunias 15cm edegeantais 5 pct. de gaze. 15 cm de enxanachado. realiza R.X. econômica. laic. com orientação médica. Thalla Cristina R. Siqueira Pct. operatória fontes hister. ador. metilico, usado.

1 Seringa 10ml + 1 Amp. de agua destilada + 1 A.G 40X12

Thalla Cristina R. Siqueira
CONFERE COM ORIGINAL

CORRER PR 2019305; TC

ANEXOS DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Intervenção)



C 13-24/03/19

1 - Registro ANS 30415-8	2 - Número da Guia Referenciada
Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
<i>Antônio da Silveira</i>	
Despesas Realizadas	
5 - CG Nº Registros Avisados / Mês	6 - Hora/Mês
0 -	8 -
7 - Data	9 - Horário/Fim
20 - Descrição	10 - Tabela 15 - Referência do material de fachada
02 -	11 - Código da Item
20 - Descrição	12 - Quant.
03 -	13 - Unidade
20 - Descrição	14 - Fator Red. Ajuste
04 -	15 - Valor Unitário - R\$
20 - Descrição	16 - Valor Total - R\$
05 -	19 - Nº Autorização de Funcionamento
20 - Descrição	20 -
06 -	21 -
20 - Descrição	22 -
07 -	23 -
20 - Descrição	24 -
08 -	25 -
20 - Descrição	26 -
09 -	27 -
10 -	28 -
20 - Descrição	29 -
11 -	30 -
20 - Descrição	31 -
12 -	32 -
20 - Descrição	33 -
13 -	34 -
20 - Descrição	35 -
14 -	36 -
20 - Descrição	37 -
15 -	38 -
20 - Descrição	39 -
16 -	40 -
20 - Descrição	41 -
17 -	42 -
20 - Descrição	43 -
18 -	44 -
20 - Descrição	45 -
19 -	46 -
20 - Descrição	47 -
21 -	48 -
22 -	49 -
23 -	50 -
24 -	51 -
25 -	52 -
26 -	53 -
27 -	54 -
28 -	55 -
29 -	56 -
30 -	57 -
31 -	58 -
32 -	59 -
33 -	60 -
34 -	61 -
35 -	62 -
36 -	63 -
37 -	64 -
38 -	65 -
39 -	66 -
40 -	67 -
41 -	68 -
42 -	69 -
43 -	70 -
44 -	71 -
45 -	72 -
46 -	73 -
47 -	74 -
48 -	75 -
49 -	76 -
50 -	77 -
51 -	78 -
52 -	79 -
53 -	80 -
54 -	81 -
55 -	82 -
56 -	83 -
57 -	84 -
58 -	85 -
59 -	86 -
60 -	87 -
61 -	88 -
62 -	89 -
63 -	90 -
64 -	91 -
65 -	92 -
66 -	93 -
67 -	94 -
68 -	95 -
69 -	96 -
70 -	97 -
71 -	98 -
72 -	99 -
73 -	100 -
74 -	101 -
75 -	102 -
76 -	103 -
77 -	104 -
78 -	105 -
79 -	106 -
80 -	107 -
81 -	108 -
82 -	109 -
83 -	110 -
84 -	111 -
85 -	112 -
86 -	113 -
87 -	114 -
88 -	115 -
89 -	116 -
90 -	117 -
91 -	118 -
92 -	119 -
93 -	120 -
94 -	121 -
95 -	122 -
96 -	123 -
97 -	124 -
98 -	125 -
99 -	126 -
100 -	127 -
101 -	128 -
102 -	129 -
103 -	130 -
104 -	131 -
105 -	132 -
106 -	133 -
107 -	134 -
108 -	135 -
109 -	136 -
110 -	137 -
111 -	138 -
112 -	139 -
113 -	140 -
114 -	141 -
115 -	142 -
116 -	143 -
117 -	144 -
118 -	145 -
119 -	146 -
120 -	147 -
121 -	148 -
122 -	149 -
123 -	150 -
124 -	151 -
125 -	152 -
126 -	153 -
127 -	154 -
128 -	155 -
129 -	156 -
130 -	157 -
131 -	158 -
132 -	159 -
133 -	160 -
134 -	161 -
135 -	162 -
136 -	163 -
137 -	164 -
138 -	165 -
139 -	166 -
140 -	167 -
141 -	168 -
142 -	169 -
143 -	170 -
144 -	171 -
145 -	172 -
146 -	173 -
147 -	174 -
148 -	175 -
149 -	176 -
150 -	177 -
151 -	178 -
152 -	179 -
153 -	180 -
154 -	181 -
155 -	182 -
156 -	183 -
157 -	184 -
158 -	185 -
159 -	186 -
160 -	187 -
161 -	188 -
162 -	189 -
163 -	190 -
164 -	191 -
165 -	192 -
166 -	193 -
167 -	194 -
168 -	195 -
169 -	196 -
170 -	197 -
171 -	198 -
172 -	199 -
173 -	200 -
174 -	201 -
175 -	202 -
176 -	203 -
177 -	204 -
178 -	205 -
179 -	206 -
180 -	207 -
181 -	208 -
182 -	209 -
183 -	210 -
184 -	211 -
185 -	212 -
186 -	213 -
187 -	214 -
188 -	215 -
189 -	216 -
190 -	217 -
191 -	218 -
192 -	219 -
193 -	220 -
194 -	221 -
195 -	222 -
196 -	223 -
197 -	224 -
198 -	225 -
199 -	226 -
200 -	227 -
201 -	228 -
202 -	229 -
203 -	230 -
204 -	231 -
205 -	232 -
206 -	233 -
207 -	234 -
208 -	235 -
209 -	236 -
210 -	237 -
211 -	238 -
212 -	239 -
213 -	240 -
214 -	241 -
215 -	242 -
216 -	243 -
217 -	244 -
218 -	245 -
219 -	246 -
220 -	247 -
221 -	248 -
222 -	249 -
223 -	250 -
224 -	251 -
225 -	252 -
226 -	253 -
227 -	254 -
228 -	255 -
229 -	256 -
230 -	257 -
231 -	258 -
232 -	259 -
233 -	260 -
234 -	261 -
235 -	262 -
236 -	263 -
237 -	264 -
238 -	265 -
239 -	266 -
240 -	267 -
241 -	268 -
242 -	269 -
243 -	270 -
244 -	271 -
245 -	272 -
246 -	273 -
247 -	274 -
248 -	275 -
249 -	276 -
250 -	277 -
251 -	278 -
252 -	279 -
253 -	280 -
254 -	281 -
255 -	282 -
256 -	283 -
257 -	284 -
258 -	285 -
259 -	286 -
260 -	287 -
261 -	288 -
262 -	289 -
263 -	290 -
264 -	291 -
265 -	292 -
266 -	293 -
267 -	294 -
268 -	295 -
269 -	296 -
270 -	297 -
271 -	298 -
272 -	299 -
273 -	300 -
274 -	301 -
275 -	302 -
276 -	303 -
277 -	304 -
278 -	305 -
279 -	306 -
280 -	307 -
281 -	308 -
282 -	309 -
283 -	310 -
284 -	311 -
285 -	312 -
286 -	313 -
287 -	314 -
288 -	315 -
289 -	316 -
290 -	317 -
291 -	318 -
292 -	319 -
293 -	320 -
294 -	321 -
295 -	322 -
296 -	323 -
297 -	324 -
298 -	325 -
299 -	326 -
300 -	327 -
301 -	328 -
302 -	329 -
303 -	330 -
304 -	331 -
305 -	332 -
306 -	333 -
307 -	334 -
308 -	335 -
309 -	336 -
310 -	337 -
311 -	338 -
312 -	339 -
313 -	340 -
314 -	341 -
315 -	342 -
316 -	343 -
317 -	344 -
318 -	345 -
319 -	346 -
320 -	347 -
321 -	348 -
322 -	349 -
323 -	350 -
324 -	351 -
325 -	352 -
326 -	353 -
327 -	354 -
328 -	355 -
329 -	356 -
330 -	357 -
331 -	358 -
332 -	359 -
333 -	360 -
334 -	361 -
335 -	362 -
336 -	363 -
337 -	364 -
338 -	365 -
339 -	366 -
340 -	367 -
341 -	368 -
342 -	369 -
343 -	370 -
344 -	371 -
345 -	372 -
346 -	373 -
347 -	374 -
348 -	375 -
349 -	376 -
350 -	377 -
351 -	378 -
352 -	379 -
353 -	380 -
354 -	381 -
355 -	382 -
356 -	383 -
357 -	384 -
358 -	385 -
359 -	386 -
360 -	387 -
361 -	388 -
362 -	389 -
363 -	390 -
364 -	391 -
365 -	392 -
366 -	393 -
367 -	394 -
368 -	395 -
369 -	396 -
370 -	397 -
371 -	398 -
372 -	399 -
373 -	400 -
374 -	401 -
375 -	402 -
376 -	403 -
377 -	404 -
378 -	405 -
379 -	406 -
380 -	407 -
381 -	408 -
382 -	409 -
383 -	410 -
384 -	411 -
385 -	412 -
386 -	413 -
387 -	414 -
388 -	415 -
389 -	416 -
390 -	417 -
391 -	418 -
392 -	419 -
393 -	420 -
394 -	421 -
395 -	422 -
396 -	423 -
397 -	424 -
398 -	425 -
399 -	426 -
400 -	427 -
401 -	428 -
402 -	429 -
403 -	430 -
404 -	431 -
405 -	432 -
406 -	433 -
407 -	434 -
408 -	435 -
409 -	436 -
410 -	437 -
411 -	438 -
412 -	439 -
413 -	440 -
414 -	441 -
415 -	442 -
416 -	443 -
417 -	444 -
418 -	445 -
419 -	446 -
420 -	447 -
421 -	448 -
422 -	449 -
423 -	450 -
424 -	451 -
425 -	452 -
426 -	453 -
427 -	454 -
428 -	455 -
429 -	456 -
430 -	457 -
431 -	458 -
432 -	459 -
433 -	460 -
434 -	461 -
435 -	462 -
436 -	463 -
437 -	464 -
438 -	465 -
439 -	466 -
440 -	467 -
441 -	468 -
442 -	469 -
443 -	470 -
444 -	471 -
445 -	472 -
446 -	473 -
447 -	474 -
448 -	475 -
449 -	476 -
450 -	477 -
451 -	478 -

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

Nome:

Cirurgião responsável:

Anestesista:

SAÍDA (Sala pós operatória)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)		
OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:		
<input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO		
<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)		
<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)		
<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO		
<input type="checkbox"/> O CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE.		
EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS		
<input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGÃO: Quais são as etapas críticas ou irrespiradas, duração da operação e perda sanguínea previsível.		
<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente.		
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA		
<input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO		
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCAÇÃO		
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA		
<input type="checkbox"/> ANESTÉSICA CONCLUIDA		
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO		
<input type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA:		
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
<input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO:		
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> SIM, e equipamentos/assistências disponíveis		
<input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml		
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos		
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:		
<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Não se aplica		
Assinatura e Carimbo		
Data: / / Horas: / /		

SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO						DADOS PRÉ-OPERATÓRIO						Posicionamento						Sinais Vitais						Anestesia					
Entrada na Sala	Inicio da Cirurgia	Início da Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Hidratação	Antibiótico-Terapia	Infundida	Nome:	CH:	PA	P	P	SPO2	T														
10:40	12:45					SF a 09%		SG a 10%			Plasma					1h	15'	30'	45'										
						Ringer:	Outros:				Plaquetas					2h	30'												
						Nº de compressas oferecidas:					AnáATOMO Patalógico					1h													
						Nº de compressas recolhidas:					() Não					1h30													
											() Sim					2h													
											Nº peças:					3h													
												() Cultura																	
											() Outros:																		
																4h													
																5h													
1. Informar:												Sinais Vitais:												Localização					
Adornos Retirados												T <u>37,0</u> °C	P <u>80</u> Bpm																
Esmaltes Retirados												SAT <u>100</u> %	R <u>18</u> rpm																
Prótese Dentária Retiradas												FC <u>10</u> >	PAO <u>93</u> / <u>64</u> mmHg																
Reserva de Sangue																													
Cardiopata																													
Hipertensão																													
Diabetes																													
Asmático																													
Fumante																													
Alergia																													
Peso																													
Exames																													
RX																													
Hemograma																													
Risco Cirúrgico																													
Ressonância																													
Tomografia																													
Cartão do Pré-Natal																													
2. Estudo Emocional / Mental:																													
() Choroso () Sonolento																													
() Agitado																													
() Outros:																													
3. Condições da Pele:																													
() FAB () Ferimento																													
() FAF () Queimando																													
() Dor () Hematoma																													
() Frio () Contusão																													
() Edema () Deformidade																													
() Avulso () Amputação																													
() Abrasão () Frat. Exposta																													
Destino: (X) SRPA () APT. () UTI () Outros:																													
Instrumento Elaborado pelos Enfermeiros da CooperUnimed - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros da Unimed - RR/2016																													

NAME: Antônio da Silva Oliveira

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 03/08/19
Reg. 5484410
Idade: 35

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Entrada na Sala: 03/08/19
Reg. 5484410
Idade: 35

PROVIMENTO

Chegada: _____
 Emergência UTI
 Casa Hospital
 Outros: _____
Qual: _____
Cirurgia Proposta: _____

1. Informar:

Adornos Retirados
 Esmaltes Retirados
 Prótese Dentária Retiradas
 Reserva de Sangue
 Cardiopata
 Hipertensão
 Diabetes
 Asmático

CONFERE COM ORIGINAL

Legenda:

1. Eletrodos
2. Oxímetro
3. Placa de Bisturi
4. Incisão
5. Cateter
6. Venoclise
7. Dreno
8. SNG
9. Faixa Smarch
10. Garrote Pneumático
10. Outros: _____

2. Estudo Emocional / Mental:

() Choroso () Sonolento
 Agitado
 Outros: _____

3. Condições da Pele:

() FAB () Ferimento
 FAF () Queimando
 Dor () Hematoma
 Frio () Contusão
 Edema () Deformidade
 Avulso () Amputação
 Abrasão () Frat. Exposta

5. Outros: _____

CLINICAS VETERINARIAS
Federico Costa y
Luisa M. de la Torre
Calle 100, Col. Centro
Méjico, D.F.
Tel. 5272-8299
R

www.unimed.com.br | Boa Vista

Av Glaycon de Palva, 1027 - São Vicente
Boa Vista - Roraima
Fone: (95) 2121-1313

Paciente: Antônio da Silva Oliveira Convênio: PT Data: 23/03/19
Cirurgia: Fartura do Frómen "D" Início: 13:10 Fim: 14:30 Acomodação: C 11
Cirurgião: Dr. Dallor Dami Anestesia: Rágica (12:45).
Anestesista: Dr. Helaine 1º Auxiliar:
Inst.: Wesley Circulante: Maria, Alice, Mônica

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
GELCO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	
CATÉTER DE 02	1	ATADURA DE CREPE	15 cm
CERA PARA OSSO		AZUL DE METILENO	30 cm
BOLSA COLETORA		SONDA NASOGÁSTRICA	1
COMPRESSA CIRÚRGICA	15	SONDA DE FOLLEY Nº 18	
CORD. CLAMP.	1	SONDA URETRAL	
LUVA DE PROCEDIMENTO		SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº	
SORO		VERDE BRILHANTE	
DRENO PENROSE		SONDA RETAL Nº	
DRENO P/ TORAX		TORNEIRINHA DESCARTÁVEL	
EQUIPO P/SORO	1 day	DROGAS ANESTÉSICAS	
EQUIPO DE P.V.C.	1	Nescaína fisiada	1
ESCOVA DESCARTÁVEL	1	Dinamf 0,5	1
ESPARADRAPO	30 cm	midazolam	1
FORMOL		Fentanil	1
GAZE	120	extazimina	1
GELFOAM		Anramin	1
GESSO			
LÂMINA DE BISTURÍ Nº 20	1		
MICROPORE			
POVIDENE	Desenvolvente	GASES MEDICINAIS	
PULSEIRA	100ml	OXIGÊNIO	3 litros/min
SERINGAS DESCARTÁVEIS	31 51 101 20	ÓXIDO NITROSO	
SERINGA DE INSULINA	1	GAS CARBÔNICO	
SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA		MEDICAMENTOS E OUTROS	
ALGODÃO		Kit cirúrgico universal disc	1
CATGUT SIMPLES		Histerogânos	40
CATGUT SIMPLES		Reserva de sangue	1
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
PROLENE			
FROLENE			
SEDA			
MICRYL + agulha 4.8	1		
AGULHA 40x12	1		
AGULHA OXIGENADA			
ALCOOL IODADO			
MONONYLON 3- agulha 4.0	1		
MONONYLON			
MONONYLON			
LUVAS			
		CONFERE COM ORIGINAL	
		EQUIPAMENTOS ESPECIAIS	
		CARRO ANESTÉSICO	1
		MONITOR CARDÍACO	1
		BISTURI	1
		LIPO ASPIRADOR	1
		OXÍMETRO PULSO	1
		DESFIBRILADOR	1
		RX	1
		CAPINÓGRAFO	1
		Sala TV	1

ONOME: Cuntemio da Silve

ANOTAÇÃO DE TEC. DE ENFERMAGEM

Bloco: C Leito: 13 Data: 23/03/2019

18:50hs) Chefe no leito, com rebaço + As 18:00 hs todos fios
500ml, cefalotina 01g. ev Cson 100ml, 1.0-01, 30ml/hz 1000ml
clínica segue normotense, normoclorídico, febre, expiratório e
das cardíacas da equipe de enfermagem # Drenagem - 6641824

06:00 22800 500 ml + 24:00 23.03.19
10ml 1 + aguado, 40x12 1 + 20ml + cefalotina 1g + Diurético
bucal + Resins 10ml 1 + aguado 40x12 1 + 06:00 Cefalo
24:00 Difusana 4ml + aguado 40x12 1 + 06:00 Cefalo
2 + Cx agudo 27x07 1 + 20ml 2 + aguado 27x07 + 06:00 Difusana 4ml + aguado 10
9 - 20ml 2 + aguado 27x07 + 06:00 Difusana 4ml + aguado 10
9 - 20ml 2 + aguado 27x07 + 06:00 Difusana 4ml + aguado 10

CONFIRAM ORIGINAL

KPS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA										
PACIENTE: <i>Dalton et al Soto</i>		REGISTRO: / /								
DIAGNÓSTICO: <i>Hipertensão arterial</i>	IDADE: <i>47</i>	DATA: <i>/ /</i>	VOLUME: <i>S.V. DE DEMORA</i>	ELIMINAÇÕES URINÁRIAS						
ENFERMÁRIA/EITO: <i>Dalton</i>	MÉDICO:	ASPECTO: <i>S.V. DE DEMORA</i>	ASPECTO: <i>S.V. DE DEMORA</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> SOB ESTÍMULOS	<input type="checkbox"/> S.V. DE ALIVIO				
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS										
<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	<input type="checkbox"/> NÃO REAGE A DOR	<input type="checkbox"/> NÃO OBEDIÊCE A COMANDOS VERBAIS	<input type="checkbox"/> PRECISA DE SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIAS	<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> VISUAL	
<input type="checkbox"/> PRESERVADO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> FÍSICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> AGITADO	<input type="checkbox"/> PREJUDICADO POR:	<input type="checkbox"/> NÃO	
ALIMENTAÇÃO										
ACEITAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM; <input type="checkbox"/> NÃO; <input type="checkbox"/> PARCIAL;	<input type="checkbox"/> TOTAL;	<input type="checkbox"/> JEJUM;	<input type="checkbox"/> CLARA	<input type="checkbox"/> FLUIDIFICADA	<input type="checkbox"/> PURULENTA	<input type="checkbox"/> ROLHOSA				
VIAS: <input type="checkbox"/> ORAL	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> CTT	<input type="checkbox"/> MPT	<input type="checkbox"/> SONDA FECHADA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> AUVENTE	<input type="checkbox"/> ROLHOSA	
OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> VÔMITO	<input type="checkbox"/> RESÍDUOS GASTRICOS	<input type="checkbox"/> SONDA ABERTA	<input type="checkbox"/> RESÍDUOS GASTRICOS	<input type="checkbox"/> BAIXO	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> ALTO	<input type="checkbox"/> DÉBITO:	<input type="checkbox"/> 3/3h	<input type="checkbox"/> ROLHOSA	
ACESSO VENOSO										
<input type="checkbox"/> CENTRAL	<input type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> DATA	<input type="checkbox"/> HORA	<input type="checkbox"/> DURATIVO	<input type="checkbox"/> SIMAIS VITais	<input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> PRESSÃO (mmHg)	<input type="checkbox"/> PULSO (lpm)	
<input type="checkbox"/> DISSECÇÃO	<input type="checkbox"/> SINUS	<input type="checkbox"/> OCCLUSIVO	<input type="checkbox"/> COMPREENSIVO	<input type="checkbox"/> DREN	<input type="checkbox"/> TIPO:	<input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO (lpm)	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA TAX	<input type="checkbox"/> DEXTERO (mg/dl) HORA:	<input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
FLOGÍSTICOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DREN	<input type="checkbox"/> DREN	<input type="checkbox"/> DREN	<input type="checkbox"/> DATA/HORA	<input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO	<input type="checkbox"/> HORÁRIO		
ASPECTO:										
<input type="checkbox"/> PELE INTEGRA	<input checked="" type="checkbox"/> N.F.O.	<input type="checkbox"/> DESUBERADA	<input type="checkbox"/> HIDRATADA	<input type="checkbox"/> GLICERA DE PRESSÃO ESCARAS						
REGIÃO DA LESÃO:										

ANEXOS DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)



1 - Registro ANS 30415-8	2 - Número da Guia Referenciada
Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Douradina	4 - Nome do Contratado <i>Bontôs da Síria</i>
Despesas Realizadas	
6 - CD 37 - Registro ANS/MS do Material*	7 - Data 04/08/2019
8 - Hora Inicial	9 - Hora Final
10 - Tabela	11 - Código do Item
11 - Referência do material no fabricante	12 - Ócde.
13 - Unidades	14 - Fator Ref.
14 - Medida	15 - Valor Unitário - R\$ Acresc
15 - N° Autorização de Funcionamento*	16 - Valor Total - R\$
20 - Descrição	
01-	1 - Bkt lio → SVO
02-	2 - Plano + Sf 0,95 jardim @ 37,80
03-	3 - Alfabeta 1g @ 66,50 → 43,90
04-	4 - Optivona 3ml 06h → 18,00
05-	5 - Venous by Optiva 3ml 08,00
06-	6 - Manj op @ R\$ 10,00
07-	7 - Pantidura op @ 10,00
08-	8 - Solutec → 10,00
09-	9 - Fisioterapia → 10,00
10-	10 - Fisioterapia → 10,00
11-	11 - Fisioterapia → 10,00
12-	12 - Fisioterapia → 10,00
13-	13 - Fisioterapia → 10,00
14-	14 - Fisioterapia → 10,00
15-	15 - Fisioterapia → 10,00
16-	16 - Fisioterapia → 10,00
17-	17 - Fisioterapia → 10,00
18-	18 - Fisioterapia → 10,00
19-	19 - Fisioterapia → 10,00
20-	20 - Descrição
21 - Total do Gasto Materiais (R\$)	22 - Fretes dos medicamentos (R\$)
23 - Total de Taxas e Avg Júris (R\$)	24 - Total de Diárias (R\$)
25 - Total de Ordem (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)
27 - Total de Geral (R\$)	

CONFERE COM ORIGEM

23/08/2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA

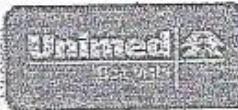
PACIENTE: Antônio da Silva Quirino.		REGISTRO: 5484410
DIAGNÓSTICO: Fco. do Fco. da Cx.	DATA: 01/03/19	
ENFERMARIALEITO: C 11	IDADE: 36 Anos	
MÉDICO: Dr. DaRagon	PESO:	
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS		
<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO	
<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> TORPOROSO	
<input type="checkbox"/> REAGE A DOR	<input type="checkbox"/> NÃO REAGE A DOR	
<input type="checkbox"/> OBEDIÊCE A COMANDOS VERBALS	<input type="checkbox"/> NÃO OBEDIÊCE A COMANDOS VERBALS	
<input type="checkbox"/> COMATOSO	<input type="checkbox"/> PRECISA DE SEDAÇÃO	
AUDITIVA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	VISUAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
QUAL: <i>CONFIRMADO</i>	FÍSICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> PRESERVADO	<input type="checkbox"/> SONO E REPOUSO	
	<input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> PREJUDICADO FOR:	
ALIMENTAÇÃO		
ACEITAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PARCIAL: <input type="checkbox"/> TOTAL: <input type="checkbox"/> JEJUM:	
VIAS: <input checked="" type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> INPT	OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> SONDA ABERTA <input type="checkbox"/> SONDA FECHADA	
OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> RESÍDUOS GÁSTRICOS	<input type="checkbox"/> VÔMITO	
ASPECTOS:		
<input type="checkbox"/> CENTRAL <input checked="" type="checkbox"/> PERIFÉRICO	ACCESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/> DISSECCÃO <input type="checkbox"/> SINUS	LOCAL: <input type="checkbox"/> DATA: <input type="checkbox"/> HORA:	
<input type="checkbox"/> FLOGÍSTICOS <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
CURATIVO		
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	REGIÃO: <input type="checkbox"/> ABERTO <input type="checkbox"/> OCLUSIVO <input type="checkbox"/> COMPRENSIVO	
ASPECTO:		
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	DRENOS: <input type="checkbox"/> TIPO: <input type="checkbox"/> LOCAL: SECREÇÃO/VOLUME:	
ASPECTO:		
<input type="checkbox"/> PELE INTEGRA <input checked="" type="checkbox"/> F.O	INTEGRIDADE DA PELE: <input type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> TENSÃO DE PRESSÃO/HESCÁRAS	
<input type="checkbox"/> DESINTEGRADA <input type="checkbox"/> ESCUTURADA	REGIÃO DA LESÃO:	

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS	
<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> SOB ESTÍMULOS
<input type="checkbox"/> S.V.D. DEMORA	<input type="checkbox"/> ASPECTO:
VOLUME:	
ELIMINAÇÃO FECAL	
<input type="checkbox"/> FRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE
<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DIARRÉIA
FREQUÊNCIA Nº X:	
<input type="checkbox"/> NORMAL	
AVALIAÇÃO DA DOR	
<input type="checkbox"/> COM DOR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM DOR
<input type="checkbox"/> MELHORA COM MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
HIGIENE PESSOAL	
<input checked="" type="checkbox"/> COM AUXILIO	<input type="checkbox"/> SEM AUXILIO
<input type="checkbox"/> NO LEITO <input type="checkbox"/> ASPERSÃO	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> DISPNEICO
<input type="checkbox"/> RONCOS	<input type="checkbox"/> SIBILOS
<input type="checkbox"/> CATETER NASAL	<input type="checkbox"/> O2 CONTÍNUO
<input type="checkbox"/> MARCONEBULIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AR AMBIENTE
SE O2:	
CLARA <input type="checkbox"/> FLUIDIFICADA <input type="checkbox"/> PURULENTA <input type="checkbox"/> ROLHOSA	
MUDANÇA DE DECÚBITO	
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 2/2h <input type="checkbox"/> 3/3h
OSTÔMIA	
<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE
LOCAL:	<input type="checkbox"/> DEBITO: ml <input type="checkbox"/> ASPECTO:
<input type="checkbox"/> BAIXO <input checked="" type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> ALTO
SINAIS VITais	
HORA:	
PRESSÃO (mmHg):	
PULSO (bpm):	
RESPIRAÇÃO (l/min):	
TEMPERATURA TAX:	
DEXTRO (mg/dl) HORA:	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
DATA/HORA	PREScrição
HORÁRIO	

Bloco: B 219
Leito: 03

Hospital Unimed

www.unimedbaixada.com.br
Av. Presidente Vargas, 1022
69030-000 - Rio Brilhante - MS
Fone/Fax: (65) 3222-8100



99118-1815

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

SETOR:

SOLICITANTE - NOME COMPLETO: Antônio da Silva Oliveira CONVÉNIO: _____

TIPO DE REMOÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/> HOSPITAL PARA HOSPITAL <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA PARA HOSPITAL <input type="checkbox"/> HOSPITAL PARA RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNOS OU OBSERVAÇÃO: APT. <input type="checkbox"/> EXAMES EXTERNOS: QUAL? LOCAL:
OUTROS: _____ LOCAL: _____	

DADOS DO PACIENTE	
NOME COMPLETO: <u>Antônio da Silva Oliveira</u>	
DN: _____	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO
ENDERECO: _____	PONTO DE REFERÊNCIA: _____

DADOS	
DATA: <u>23/03/19</u>	EQUIPE: <input type="checkbox"/> MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> MOTORISTA
HORA SAÍDA: <u>10:45</u>	HORA CHEGADA: <u>11:00</u>

LÓCAL DA REMOÇÃO DE ORIGEM	
ENDERECO: _____	BAIRRO: _____
LOCAL DA REMOÇÃO DE DESTINO: <u>Vila Vista</u>	BAIRRO: <u>Lourdes</u>
ENDERECO: _____	BAIRRO: _____

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA REMOÇÃO			
<input type="checkbox"/> OXIGÉNIO INÍCIO	<input type="checkbox"/> FIM	<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO	<input type="checkbox"/> MONITOR CARDÍACO
<input type="checkbox"/> MACA	<input type="checkbox"/> DEAMBULADOR	<input type="checkbox"/> MALETA DE URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____

OBS: _____

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO:

PACIENTE CONVÉNIO

OBS: *Se a remoção for de HOSPITAL para HOSPITAL, é necessário que o cliente/paciente ou seu responsável confirme vaga disponibilidade no Hospital de destino, e reserve. No caso de exames solicitar autorização prévia. E, para este tipo de remoção responda à pergunta: Preencha as informações do quadro a seguir:

Confirmou vaga no Hospital de Destino? SIM NÃO Exame autorizado? SIM NÃO

CONFIRMA ORIGINAL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: Tassia Souza Nery

legí

COREN-RR 506.757

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO: _____

LOCAL E DATA: Vila Vista - RR 23 de março de 2019

TELEFONES DO RESPONSÁVEL, para que o departamento médico possa contatar quando necessário.

99118-1815

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

SETOR:

SOLICITANTE - NOME COMPLETO: Antônio da Silva Oliveira CONVÉNIO: Particular

TIPO DE REMOÇÃO:

- () HOSPITAL PARA HOSPITAL
() RESIDÊNCIA PARA HOSPITAL
() HOSPITAL PARA RESIDÊNCIA

() INTERNOS OU OBSERVAÇÃO: APT.

() OUTROS: _____ LOCAL: _____

() EXAMES EXTERNOS:
QUAL?: _____
LOCAL: _____

NOME COMPLETO: Antônio da Silva Oliveira DADOS DO PACIENTE

DN: 18/12/83 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

ENDEREÇO: Rua: Aman

Bairro: Santa Terezinha

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 24/03/19

() MÉDICA () ENFERMAGEM () MOTO

HORA SAÍDA:

DADOS

LOCAL DA REMOÇÃO DE ORIGEM:

ENDEREÇO:

Bairro:

LOCAL DA REMOÇÃO DE DESTINO:

ENDEREÇO:

Bairro:

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA REMOÇÃO:

() OXIGÉNIO: INÍCIO

() OXÍMETRO DE PULSO

() MACA

() MALETA DE URGÊNCIA

OBS:

() OUTROS: _____

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO:

() PACIENTE () CONVÉNIO

OBS: *Se a remoção for de HOSPITAL para HOSPITAL, é necessário que o cliente/paciente ou seu responsável confirme vaga disponível no hospital de destino, e reserve. No caso de exames solicitar autorização prévia. E, para este tipo de remoção responda à pergunta abaixo e preencha as informações do quadro a seguir:

Confirmou vaga no Hospital de Destino? () SIM () NÃO

Exame autorizado? () SIM () NÃO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: Antônio da Silva Oliveira

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO: Germênia Soárez

LOCAL E DATA: Hospital universitário, 24 DE Marcos DE 19

TELEFONES DO RESPONSÁVEL, para que o departamento médico possa contatar quando necessário.
() _____ () _____

M
CONFERE COM ORIGINAL

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

SETOR:

SOLICITANTE - NOME COMPLETO: Antônio da Silva Oliveira CONVÉNIO: Particular

(HOSPITAL PARA HOSPITAL) (RESIDÊNCIA PARA HOSPITAL) (HOSPITAL PARA RESIDÊNCIA) (OUTROS: _____) LOCAL: _____

(INTERNOS OU OBSERVAÇÃO: APT. _____) (EXAMES EXTERNOS: QUAL? Raiox LOCAL: _____)

NOME COMPLETO: Antônio da Silva Oliveira DADOS DO PACIENTE
DN: 18/12/83 SEXO: (FEMININO) (MASCULINO)
ENDERECO: Rua: Acaí
BAIRRO: Santa Terezinha PONTO DE REFERÊNCIA: _____

DATA: 24/03/19 HORA SAÍDA: _____ HORA PEGADA: _____

DADOS
LOCAL DA REMOÇÃO DE ORIGEM: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

LOCAL DA REMOÇÃO DE DESTINO: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA REMOÇÃO:
(OXIGÉNIO: INICIAIS) (OXIGÉNIO: FINAIS) (OXÍMETRO DE PULSO) (MONITOR CARDÍACO)
(MACA) (CARRINHO) (MALETA DE URGÊNCIA) (OUTROS: _____)

OBS: _____

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO:
(PACIENTE) (CONVÉNIO)

OBS: *Se a remoção for de HOSPITAL para HOSPITAL, é necessário que o cliente/paciente ou seu responsável confirme vaga disponível no hospital de destino, e reserve. No caso de exames solicitar autorização prévia. E, para este tipo de remoção responda à pergunta abaixo e preencha as informações do quadro a seguir:
Confirmou vaga no Hospital de Destino? (SIM) (NÃO) Exame autorizado? (SIM) (NÃO)

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: Jacuene Alves Batista

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO: Joséca Soárez

LOCAL E DATA: Hospital Unimed, 24 de Março de 19

TELEFONES DO RESPONSÁVEL, para que o departamento médico possa contatar quando necessário.
() ()

CONFERE COM ORIGEM

Hospital Unimed

Av. Presidente Dutra, 1027
Av. das Flores, 1027
6903-340 São Vicente, São Paulo - SP
Fone: (12) 384-8400



TERMÔ DE RESPONSABILIDADE

Nº DE ORDEM	ITEM	UNIDADE	DATA DA ENTREGA	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	DATA DA DEVOLUÇÃO
1	CONTROLE DA CENTRAL DE AR	01	23.03.19	<i>Paulo Sergio de Souza</i>	
2	CONTROLE DE TV / SKY	01	23.03.19	<i>Paulo Sergio de Souza</i>	

*Em caso de perda ou extravio, serão cobrados o valor de R\$ 140,00 (cem reais) por cada item não devolvido.

RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Eu Paulo Sergio de Souza declaro plena ciência da minha responsabilidade sob os bens acima

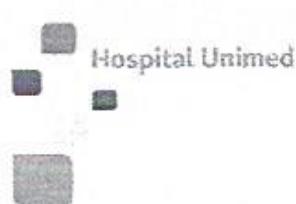
mentionados e recebidos por mim, assumindo o dever de cuidado e guarda provisória enquanto perdurar a estadia junto ao quarto, sendo responsável financeiro pelo resarcimento dos referidos bens.

Boa Vista - RR, 23 de Mongo de 2019

Pathylio Soárez

Assinatura do responsável pela entrega

CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedbv.com.br
Av. Gláucio de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400



INDICADOR QUÍMICO

PACIENTE: Antônio da Silva Oliveira REG 5489410

CIRURGIA: Fratura de Femur

EQUIPE MÉDICA: M. Dalton Denis, M. Estevane

CIRCULANTE Vanice INSTRUMENTADOR(A) Wesley

DATA: 23/03/19

BANDEJAS: RAQUI() PERIDURAL() GERAL() LOCAL() SEDAÇÃO() GERAL EV()
GERAL INALATÓRIA()

CAIXAS DE CIRURGIAS:

VAPOR - FITA INDICADORA SIL-250
O Indicador Fita escura quando processada. ISO 11140 - CLASSE 4

VAPOR - FITA INDICADORA SIL-250
O Indicador Fita escura quando processada. ISO 11140 - CLASSE 4

SERVIÇOS:

VAPOR - FITA INDICADORA SIL-250
O Indicador Fita escura quando processada. ISO 11140 - CLASSE 4

CAPOTE:

CAMPO SIMPLES/ FENESTRADO/FRONHA:

CONFERE COM ORIGINAL



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 30415-8





53,7 %

29/12/2018 22:51:19

37,0 %

, DESCONHECIDO BERMUDA VERDE

GT-PRC

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

D



30/12/2018 12:42:03

ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53.7 %

Hospital Unimed

www.unimedbe.com.br
Av. Gláucio de Paiva, 1027
63201-340 São Vicente, São Paulo - SP
T. (95) 3198-8400



CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOME DO PRODUTO

Caixa de Autoclave

056

NÚMERO DO LOTE

DATA DA ESTERILIZAÇÃO 21/03/19 DATA LIMITE DE USO 21/09/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO

Aquecimento

RESPONSÁVEL PELO PREPARO

Junior

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOME DO PRODUTO

Caixa Amazon Otto

NÚMERO DO LOTE

HGE

DATA DA ESTERILIZAÇÃO 21/03/19 DATA LIMITE DE USO 21/10/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO

VETC

RESPONSÁVEL PELO PREPARO *Volnei; Raimundi*

Hospital Unimed

www.unimedbe.com.br
Av. Gláucio de Paiva, 1027
63201-340 São Vicente, São Paulo - SP
T. (95) 3198-8400



CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOME DO PRODUTO

Caixa Cirurgia

NÚMERO DO LOTE

58

DATA DA ESTERILIZAÇÃO 22/03/19 DATA LIMITE DE USO 22/09/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO

Autoclave

RESPONSÁVEL PELO PREPARO

Volnei P

Hospital Unimed

www.unimedbe.com.br
Av. Gláucio de Paiva, 1027
63201-340 São Vicente, São Paulo - SP
T. (95) 3198-8400



CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOME DO PRODUTO

Caixa Básica Dr. Bruno

NÚMERO DO LOTE

ABR

DATA DA ESTERILIZAÇÃO 23/03/19 DATA LIMITE DE USO 23/10/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO

184°C

RESPONSÁVEL PELO PREPARO

Volnei

CONFERE COM ORIGINAL

SINISTRO 3190417954 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 77111940210

Posição em 06-08-2019 15:46:18

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.