

<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>					
<b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>					
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO da silva oliveira				
AGNÓSTICO	FX TRANSTROCANTÉRICA E				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	219-3	DATA	03/03/2019
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				5ND.
2	SFO,9% 500ML IV 12/12h				10-12-18-24-06
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				25N
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				16
14					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**


SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x70	78		36,3c
12 H	107x77	76		35,7c
18 H	110/70	105		35,5c
24 H	110x80	82		36,5c





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

12H: Realizado AVP em MSD. Medicado c/m e verificado os SSRV.

18h: Afirido SSRV, medido e p. médico, segue os cuidados. TE JAK

18:50: A obica operien te no leito medica do c Pm

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR		Paciente: <i>Autano da S. Oliveira</i>	Data: 04/03/2019	
Leito: <i>219.3</i>					

Localização			Região: <i>perna direita</i>			Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV <input checked="" type="checkbox"/> 9 <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <i>Q1</i> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Pele Perifoneal	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco					
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco					
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0.9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <i>Troca</i>					
Profissional que realizou procedimento:	<i>Adonilda Terra Araújo</i> Técnica em Enfermagem COREX 507 7551TE					
Observações:	_____ _____ _____					





219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E					
ALERGIAS	HAS	DM2	DATA 06/03/2019		
IDADE	LEITO 219-3				
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SWD
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h				10° 24
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12° 18, 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OUI PAD > 110 MMHG				SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SW
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16h
	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H OU 2 COMP DE 300MG VO DE 6/6H				12° 18, 24
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
6 H	120x70	95		36,6
12 H	130x90	98	-	35,4
18 H	120x70	89		35,5
24 H	100x63	83		36,50

Dr. Marcos Aguiar  
CRM-RR 1995  
Residente de Ortopédia e Traumatologia

38l. medicado e.p.m., afendo SSVV, segue aos cuidados da enfermagem. — TE JAK

07 03 19  
6.00h  
celso





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

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

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

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

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

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

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

		Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo:		Versão: 08		Elaborada: 02/2013		Atualizada: 12/2018	
Paciente:		Leito:		Antônia da Silveira 219.3		Data:		13 / 19			

Localização	Região	Região
	Grau: I ( ) II (X)	
( ) LPP I II III IV 2º ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:		( ) LPP I II III IV 2º ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Etiologia ( ) Necrose: Amarelada/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ( ) Normal ( ) Macerado (X) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		( ) Necrose: Amarelada/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Aparência do Leito ( ) Puro ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosossanguíneo (X) Seco ( ) Outro:		( ) Puro ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Tipo de Exsudato ( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Quantidade de Exsudato ( ) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Solução de Limpeza (X) 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
Profissional que realizou procedimento: Rosângela Miguel Deodato Tel: (11) 5080-1000 COREN-PR 529 703		( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
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	07/03/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN D
2	SF0,9% 500ML IV 12/12h SN				SN 22
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				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	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H OU 2 COMP DE 300MG VO DE 6/6H				14 22
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				Rotina
16	SSVV+ CCGG 6/6H				

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
6 H	130x80	90	-	36°C
12 H	141x97	89	22	35°C
18 H	108x79	97		36
24 H	126x79	88		35,8°C

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

paciente recusou  
Diagnóstico

1200 paciente  
recusou clind  
micina, refe  
que the des  
descrição.

As 13:30, recebi paciente  
Sem AVP. 1h. novo AVP.  
Teico n: 90.  
18h paciente recusou intern h.

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

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

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____		
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Foto-reagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríicas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPI Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Esvaziamentos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colúmbio <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Praxia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia			<b>REGULAÇÃO ARDORIMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Distendida <input type="checkbox"/> Globosa <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Ascítica <input type="checkbox"/> Marçosa <input type="checkbox"/> Timpânica Ruídos hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen		

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

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

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/>
<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"/>



		Nucleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Paciente:	Atalouis de S. Oliveira	Versão: 06	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Leito:		219.3		Data: 01/03/19				

Localização		Região: <u>peerna</u> <u>dir</u> Grau: <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV 9* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I III IV 9* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perifereira	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilda Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN: 14507750/TE	Vanessa Alves Moura Técnica em Enfermagem COREN: 14507750/TE	_____ _____	_____ _____
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____



219.3

GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO 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: hosprsb@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	08/03/2019	
IDADE	LEITO	219-3	DATA		
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

12h. Verificados  
SSVV e administra-  
da medicação  
C.P.M. Cristiana Siqueira de Lima  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 462501

SUSP

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 MÉDICA: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DOR NA MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCO, CORADO, HIDRADO.

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				36°C
12 H	119x81	95		35,7°C
18 H	104x76	89	16	
24 H				

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

Evolução: paciente em BEB, LOTE, acordado, com fratura fratura E, redução de dor na mão em mão D, solicitado USG de mão D programado para 7/3/19. Sem febre, eupneuco, corado, hidratado, acordado.

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



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

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

**SISTEMA NEUROLÓGICO**

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

**PUPILAS**

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

**REGULAÇÃO TÉRMICA**

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

**CARACTERÍSTICAS DA PELE**

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada  
 ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada  
 ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica  
 ( ) Acianótica ( ) Edema local: \_\_\_\_\_  
 Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não  
 Região: \_\_\_\_\_  
 Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FD: ( ) SIM ( ) NÃO

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**

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

**ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**

( ) VU ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GYT ( ) MPT  
 Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial  
 Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia  
 ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena  
 Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente

**REGULAÇÃO ABDOMINAL**

( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido  
 ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico  
 Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente  
 Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

**SISTEMA URINÁRIO / DIURESE**

( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria  
 ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria  
 ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia  
 Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

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


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

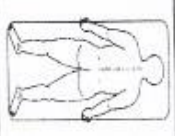
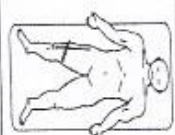
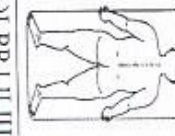

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

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



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

 <p>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR</p>	Protocolo n° 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>Antônio da Silva Oliveira</i>	Leito: <i>219-3</i>	Data: <i>08/03/19</i>	

Localização	 	Região: <i>MJD.</i>	 	Região: _____	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <i>Q</i> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> Diário	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Mariana de Fátima A. Viana</i> Auxiliar de Enfermagem COREN/RN 447.793	<i>Márcia Zélia R. Araújo</i> Auxiliar de Enfermagem COREN/RN 383.565	<i>Rosinete P. Nunes</i> Téc. em Enfermagem COREN/RN 774.877		
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	09/03/2019
ITEM					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				<del>12.00</del> 18.00 <sup>22.00</sup>
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				<del>16.00</del> 18.00 <sup>21.00</sup>
14	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H OU 2 COMP DE 300MG VO DE 6/6H				<del>18.00</del> 22.00 <sup>06.00</sup>
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				instina
16	SSVV+ CCGG 6/6H				

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
6 H	113/62	64		
12 H				
18 H	140x91	97		36,2
24 H	120/72	92		

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


Obs: Pac recusa item 14, o mesmo afirma que estava com diarréia por causa da medicação, que já tinha pedido ao médico que suspendesse.

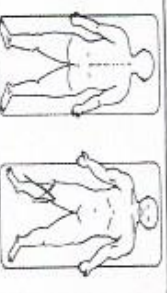
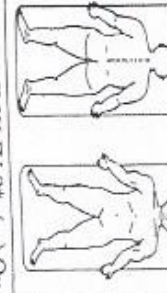
Paciente recusou o item 14, o mesmo afirma que está dando diarréia nele, os demais item e SSVV realizados e.p.m. feito a troca do acesso venoso.

Martelma Sampaio Ferreira  
 COREN-RR 754410



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

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

Localização		Região: <u>M10</u> Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )		Região: _____ Grau: I ( ) II ( )	
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Estafelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Estafelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	
Aparência do Leito	( ) Normal ( ) Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	
Pele Perilesional	( ) Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Tipo de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogei ( ) Outro: _____	
Troca	( ) 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Bruno S. Pereira Enfermeiro em Tratamento de Feridas COREN-RP 616.353	Rosimélio P. Nunes Enfermeiro em Tratamento de Feridas COREN-RP 778.871			
Observações:	_____ _____ _____ _____ _____				





219-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	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				14-16
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14-16
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				15-16
17	<del>Fluonidril 40mg/12h</del>				12-18-24-06

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
6 H				35°C
12 H	106/80	73	-	36°C
18 H	108 x 78	80		36°C
24 H	110 x 77	82		36,5

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

paciente LOTE, BGG, eupneuco, corado, hidratado, sem queixas de dor, contactuante, ADA, restrição do leito.

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

Ivane Martins S. Araújo  
Téc. de Enfermagem  
CRM - RR 903.886-7E  
suano

219-3



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

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

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

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

<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
(X) Hidratada	( ) Desidratada	( ) Ressecada	(X) Normotenso	( ) Distendido	( ) Globoso
( ) Normocorada	( ) Hipocorada	( ) Hiperacorada	( ) Ascítico	( ) Maciço	( ) Timpânico
( ) Anictérica	( ) Ictérica	( ) Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente	( ) Ausente	( ) Flácido
( ) Acianótica	( ) Edema Local: _____		Visceromegalias: ( ) Sim	( ) Não	FO: ( ) Sim
Úlcera por pressão: ( ) Sim (X) Não			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
Região: _____			(X) Espontânea	( ) SVD	( ) Anúria
Curativo realizado: (X) Sim	( ) Não	FO: ( ) SIM (X) NÃO	( ) Poliúria	( ) Disúria	( ) Colúria
			( ) Cistostomia	( ) Irrigação contínua	( ) Hematúria

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

<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>					
Cateter Periférico: (X) Sim	( ) Não	Local: <u>MSF</u>	Data: <u>09/03/19</u>	Trocar em: <u>12/03/19</u>	
Cateter Central: ( ) Sim	(X) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim (X) Não					
Sondas: ( ) Sim	(X) Não	( ) SNG	( ) SOG	( ) SNE	( ) SOE
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____		
Cateter Vesical: ( ) Sim	(X) Não	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____		
Órtese: ( ) Sim	(X) Não	Tipo: _____		Local: _____	

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>		
( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) _____
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____
( ) Risco de glicemia instável	( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene	( ) _____
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	( ) Conhecimento deficiente	( ) _____
( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Comunicação verbal prejudicada	( ) _____
( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Risco de dignidade humana comprometida	( ) _____
( ) Eliminação urinária prejudicada	( ) Processos familiares disfuncionais	( ) _____
( ) Risco de constipação	( ) Risco de quedas	( ) _____
( ) Diarreia	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) _____
( ) Incontinência intestinal	( ) Dor aguda	( ) _____
(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 nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Anderson das S. Oliveira</i>	Leito: <i>219-3</i>	Data: <i>11/03/19</i>	

Localização		Região: <i>MI D</i> Grau: I (I) II ( )		Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> 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"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Joana Maria Loureiro</i> Enfermeira CRP 105101-1	<i>Alves</i> Enfermeira CRP 105101-1		
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 TRANSTROCANTÉERICA E					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	219-3	DATA	12/03/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN
2	SFO,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
14	SSVV+ CCGG 6/6H				ROTIMA
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14
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 MÉDICA: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DOR NA MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCO, CORADO, HIDR.

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/85	85	-	36,60
12 H	113/68	74	-	35,80
18 H	109/143	82	19	35,60
24 H	109/84	87	-	36,50

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

Andreia Rodrigues  
Téc. em Enfermagem  
COREN RR 184.228 TE  
19/03/19

paciente em BFB, eufórico, acordado no leito, LOTE, sem queixas óticas, diurese e evacuações presentes. AHA.

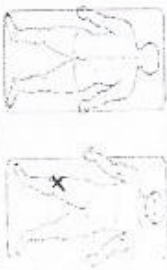
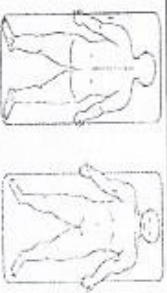
CD: mantida







Núcleo de Enfermagem em	Prof. ºlo nº 1	Versão: 02	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas -		Paciente: Antônio da Silva Oliveira		
HGR		Leito: 219-3		
		Data: 12/03/19		

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





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Antonio da Silva Oliveira  
Idade: 35 Sexo: M(✓) F( ) Leito: 29.3 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

MANHÃ	12/03/19 Pet submetida a fisioterapia motora em MSD sem intercorrências.	Profissional:
TARDE	12/03/19 - Pet. submetida a fisioterapia motora, sem intercorrência.	Profissional:

MANHÃ	13/03/19 Pet submetida a fisioterapia motora MSD s/ intercorrências	Profissional:
TARDE	13/03/19 - Pet. submetida a fisioterapia motora + orientações.	Profissional:

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
2	SFO,9% 500ML IV 12/12h SN				S/N
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				S/N 12:30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				J
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				ROTINA
14	SSVV+ CCGG 6/6H				14 - 22:06
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				FISIO

06 H. Realizações  
 os fluxos C.P.M.  
 Marinalda S. Nichil  
 CRP 04.001646

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

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	98/66	62	-	36.6
12 H	123/73	76	-	35.6
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  
 COTE, BFB, resíduo no leito, contatando, supratudo, hidratados, parâmetros fisiológicos normais, sem queixas de dor, faz uso de traço funcionalidade.

CD: Marinalda  
 Segundo informações da farmacêutica levada, não tem o item 13, da prescrição na farmácia, enf: pois o paciente. Sem queixas algicas durante o plantão, segue os cuidados de enfermagem.

Marinalda S. Nichil  
 CRP 04.001646  
 Polly





Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Antônia da S. Oliveira

Leito: 210-3

Data: 13/03/19

Localização		Região: MLD		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 2* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I (X) II ( )	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 2* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Enfermeira COREN-RR 395.152 TE	Maria Zélia R. Araújo Aux de Enfermagem COREN-RR 392593		
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				SND
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				23
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				23
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				23
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				23
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				23
14	SSVV+ CCGG 6/6H				23
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H			14 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 MÉDICA: PACIENTE DEITADO NO LEITO, COM QUEIXA DE DOR NA MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCO, CORADO, HIDR.**

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	330x80	83	18	36,2
18 H	92x65	84	17	35,7
24 H	139/87	89	-	36,0

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

14/3/19 + 105/65 70 - 36,0  
it. n 13 não foi administrada  
não veio da farmácia  
a farmacêutica pediu  
informar que no momento  
não tem.

As 06:00 foi feita a consulta  
11-5 D  
Aut. [assinatura]



219-3

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

Bloco: **B** Data: **14/03/19** Enfermeira: \_\_\_\_\_ Leito: **219-03**  
 Nome Completo: **Antônio da Silva Oliveira** Idade: **35 anos** Sexo:  F  M  
 Procedência: **Do Estabelecimento** Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução:  Sim  Não  Padrão  Contato  Gotícula - aerossol  Gotícula - perdigotos  
 Alergia:  Sim  Não Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Necessidade de Intérprete?  Sim  Não Qual idioma: **Português**  
 Possui acompanhante:  Sim  Não Obs: **Esposa**  
 Deambulação:  Normal  Sem deambulação  Aramado  Cadeira de rodas  Fraca  Comprometida/cambaleante

**SISTEMA NEUROLÓGICO**  
 Consciência  Orientado  Desorientado  
 Sudado  Torpido  Comatoso  
 Agitado  Reage a estímulos  Não reage  
**PUPILAS**  
 De igual tamanho  Anisocóricas  Anisocóricas  
 Isocóricas  Anisocóricas  Não reage  
**REGULAÇÃO TÉRMICA**  
 Afebril  Hipotérmico  Hipotérmico  
 Febril  Febre  Pirético  
**CARACTERÍSTICAS DA PELE**  
 Hidratada  Desidratada  Ressecada  
 Normocorada  Hipocorada  Hiperacorada  
 Anictérica  Ictérica  Cianótica  
 Arianótica  Edema Local  
 Úlcera por pressão:  Sim  Não  
 Região: \_\_\_\_\_  
 Curativo realizado:  Sim  Não FO:  SIM  NÃO

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**  
 Normocárdica  Bradicárdica  Taquicárdica  
 Normotensa  Hipotensa  Hipertensa  
 Pulso cheio  Filiforme  Arritmico  
**ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**  
 VO  SNG/SOG  SNI/SOE  GTT  
 Realização da dieta:  Sim  Não  Parcial  
 Evacuações:  Presentes  Ausentes  Constipação  
 Normal  Diarreia  Constipação  Ingestão  
 Flatos:  Presentes  Ausentes  
**REGULAÇÃO ABDOMINAL**  
 Normotensa  Distendida  Globosa  Flácida  
 Astítico  Músculo  Timpânico  
 Ruídos hidroaéreos:  Presentes  Ausentes  
 Visceromegalias:  Sim  Não FO:  Sim  Não

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

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
 Eupneico  Bradipneico  Taquipneico  Dispneico  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  SNG  SOG  SNE  SOE  GTT  Lavagem  Sifonagem  
 Sondas:  Sim  Não  SNG  SOG  SNE  SOE  GTT  Lavagem  Sifonagem  
 Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_  
 Cateter Vesical:  Sim  Não Data da instalação: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Prótese:  Sim  Não Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Arkônio de Sousa Almeida  
Idade: 35a Sexo: M(M)(F) Leito: 29-3 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

14/03/19  
MANHÃ  
TARDE

14/03/19 Pel submetido a fisioterapia motora em modo (B). Pelto melhora da mobilidade no movimento e aumento de força de membros.

Profissional: [Signature]  
Plano Médico  
FISIOTERAPIA  
CREFTO 12/15073-F

Profissional:

18/03/19  
MANHÃ  
TARDE

18/03/19(m) Pel submetido a fisioterapia motora modo MSO

18/03/19 - Pel submetido a fisioterapia motora sem intercorrências.

Profissional: [Signature]

Profissional: Fabiane Soares Perreira  
Especialista em Fisioterapia  
CREFTO 12/15757-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	15/03/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SND
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				22:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				22:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				22:00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				22:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				22:00
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				22:00
14	SSVV+ CCGG 6/6H				22:00
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				22:00
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				22:00

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 DOR NA MÃO. SEM MAIS QUEIXAS, EVILIU BEM, SEM FEBRE, EUPNEUCO, CORADO, HIDRADO.

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	119x80	79		36.0
12 H	118x71	81		35.5
18 H	113x71	79		36
24 H	95x74	71		36.1

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

12h medicado e.p.m., após do SSVV, segue nos cuidados de enfermagem. - TE: JAK

	Núcleo de Enfermagem em	Pr	Vol	Vers	Elaborada:	Atualizada:
	Tratamento de Feridas - HGR			08	02/2013	12/2018
Paciente: <b>Antonio Oliveira</b>						
Leito: <b>215-3</b>		Data: <b>15/03/18</b>				

Localização		Região: <b>PE D</b>	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <b>D</b> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input 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:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Mariana Miguel Badoro CRP 08/62070 Bárbara M. Silva CRP 08/62070	Mariana Jéssica A. Arrais CRP 08/62070	
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				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				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	SSVV+ CCGG 6/6H				SN
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				SN
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				SN

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 V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x80	78		
12 H	12x80			
18 H	135x81	73		
24 H				

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

feito SSVV + medicacao e p.m.


Diana Rojen Wessner  
Técnico em enfermagem  
COREN-RR 556 044-76



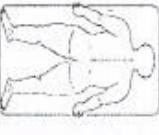

EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocanterica em perna esquerda referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora  
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO,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

conduta: mantida  
programação:

24 PA 105x73  
FC 78

Vânia Regina da Silva  
COREN-RR 489843-AE  
Vânia

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Próto nº 1	Versão:	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente:		Antonio de J. Oliveira			
Leito: 219.3		Data: 16/03/2019				

Localização	 	Região: <u>JUSO</u> Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )	 	Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I III III IV 2º ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( <del>seca</del> ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____			
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco ( ) Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco			
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Joana Lopes Pereira</u> COREN-PA 183901-TE			
Observações:	Ana Carolina Siqueira Tec. em Enfermagem COREN-PA 932522			



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	17/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SVD
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				SVD <i>14:24</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				Ataio
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SVD
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SVD
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				7m
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
14	SSVV+ CCGG 6/6H				16
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				16-26 (26)
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				Redig
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 V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	136x79	78			
12 H	130x70	64			
24 H	133x86	70		35.7	

EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocanterica 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	219-3	DATA	18/03/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				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)				
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				
14	SSVV+ CCGG 6/6H				ROTINA
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				20/06/19
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				FISI

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 V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	100/70	78		36.0	
10 H 2	120/90	82	19	35.7	
18 H	106/80	82	-	36.0	
24 H	110/80	84	17	36.0	

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:

3ano: Verificado sinais vitais AS JON: segue CI a enf: - P. V. V. V.

06h paciente no leito feito medicações de horários com SSVV feito sem queixas segue aos cuidados da enf: fez refeição

Paulo Sérgio de Souza  
CRM-RR 1964  
Residente de Ortopedia e Traumatologia



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

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

<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b> ( ) Consciente ( ) Orientada ( ) Desorientado ( ) Sereno ( ) Calmo ( ) Agitado ( ) Agitado ( ) Responde a estímulos ( ) Não responde			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico RC ( ) Hipotensão ( ) Hipertensão PV ( ) Pulso cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso:		
<b>PILES</b> ( ) Presente ( ) Absente ( ) Presente ( ) Absente			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) NG ( ) SNG/SOE ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) MTT Alimentação de rotina: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Costante ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Obstipação Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Normotérmico ( ) Hipotérmico ( ) Hiperotérmico ( ) Presente ( ) Absente			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Acianótica ( ) Edema Local:			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen		
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região:					
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO					

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia

Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:

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

Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_ Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Sinais de infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não

Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem

Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não Data da instalação: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Prótese: ( ) Sim ( ) Não Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

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

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				14:00 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				14:00
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14:00
16	FISIOTERAPIA MOTORA (TENDINITE PÓS TRAUMÁTICA)				FISVO
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 20U; 251-300: 40U; 301-350: 60U; 351-400: 80U; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 M <sup>3</sup> EV + AVISAR PLANTONISTA					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H	120x89	94	20	36°	
18 H	126/80	87	20	35°	
24 H	109/81	86	-	36°	

14:00 Paciente  
repece algo  
no período.  
E

EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocanterica 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"/> Fraco <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante

<p><b>SISTEMA NEURÓLOGO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado</p> <p><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso</p> <p><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage</p> <p><b>PUPILAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes</p> <p><b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertermico</p> <p><input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Incontinência</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada</p> <p><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercorada</p> <p><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica</p> <p><input type="checkbox"/> Aclanótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____</p> <p>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Região: _____</p> <p>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p><b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico RC: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pulso cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulm: _____</p> <p><b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> GII</p> <p>Aplicação de dieta: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 0%</p> <p>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Constipação</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena</p> <p>Flebas: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido</p> <p><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Impácnico</p> <p>Ruídos hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria</p> <p><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria</p> <p><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen</p>
--	--

<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>			
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Qual: _____	
<b>Ar ambiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Traqueostomia</b> <input type="checkbox"/>			

<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>			
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
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: _____	Trocar em: _____	
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo: _____		Local: _____

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>		
<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"/> _____





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	20/03/2019
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SVD
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				SVD 17:40
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SVD Juliana
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SVD
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SVD
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SVD
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16
14	SSVV+ CCGG 6/6H				Reanim
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 V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x60	50		36
12 H	120x90	84	16	37,1°C
18 H	110x70	93		35,7
24 H	100x70	84		


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

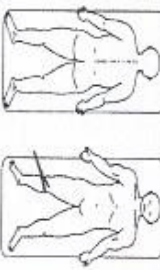

EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocantérica em perna esquerda referindo melhora dos movimentos da mão direita após fisioterapia motora  
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO,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

18:00h Paciente vai encontrar no leito, queixou-se de dor, administrada 1g de dipirona, SSVV. verificada. Segue com cuidados da enfermagem.

Barbara dos S. Moura  
Téc. em Enfermagem  
CRP-RR 061.017.763-77

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - <b>HGR</b>	Protocolo nº <b>1</b>	Versão: <b>08</b>	Elaborada: <b>02/2013</b>	Atualizada: <b>12/2018</b>
	Paciente: <b>Antônio de S. Oliveira</b> Leito: <b>218.3</b>	Data: <b>22/03/2019</b>			

Localização	 Região: <u>MID</u> Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )	 Região: _____ Grau: I ( ) II ( )	
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tração</u> 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	
Pele Perilesional	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Sra. Dúrcia da Silva Garcia Téc. Assistência em Enfermagem CRP: 934.522	Larissa Alves Costa Técnica de Enfermagem COREN: 1.247.438 - TE	
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	23/03/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN				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
14	SSVV+ CCGG 6/6H				Rolima
15	RANITIDINA 50MG EV DE 8/8H				14 22 00
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 V	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

*Transfido*

EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, AFEBRIL, com tração transtrocanterica 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 E

conduta: mantida  
programação:

*Transfido p/ UNIMED  
às 11:00 hrs*



www.unimedbv.com.br  
Av. Gibson de Faria, 3027  
63003-340 São Vicente, Boa Vista - RR  
T. (95) 3198-8400



### TERMO DE INTERNAÇÃO

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
Revisado em 26/10/2019  
Por: [Assinatura]  
Hospital Unimed/ BV

DATA/HORA: 23/03/2019 -11:10  
REGISTRO...: 5484410  
NOME.....: ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA  
NASCIMENTO: 18/12/1983  
SEXO.....: Masculino  
PAI.....: ANTONIO PRUDENCIO DE OLIVEIRA  
DOCUMENTO.: 221866  
ORG.PAC...:  
RELIGIÃO...:  
ENDEREÇO...: RUA ACARI  
CIDADE....: BOA VISTA  
TELEFONE...: 9599181815  
Convenio...: PARTICULAR/PARTICULAR  
GUIA.....:  
MEDICO....: DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA  
TIP.INTER.: CIRURGICO  
NOME RESP.: LOURENÇA ALVES BATISTA  
DOCUMENTO.: 237362

LEITO.....: C11  
PRONTUÁRIO...:000059114  
IDADE.....: 35 anos  
NACIONAL....: BRASILEIRA  
MAE.....: FRANCISCA DA SILVA OLIVEIRA  
CPF.....: 77111940210  
PROFISSÃO...:  
EST.CIVIL...:  
BAIRRO.....: SANTA TEREZA  
CEP.....: 69314102  
CONTRATO....:  
BENEFICI....:  
Matricula...:  
CRM.....: 1176  
ESPECIALIDADE: ORTOPEdia  
TELEFONE...: (95)9918-181CPF.....: 768.024.262-34

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

COD.PROCED: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CI

Usuário...: PATRICIAPSILVA

1 - PROTOCOLO - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - HORA \_\_\_:\_\_\_

DE: SEÇÃO DE CONTAS \_\_\_\_\_

PARA: TESOURARIA \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_ RAMAL: \_\_\_\_\_

RESTRICÇÕES: SIM ( ) NÃO ( )

2 - PROTOCOLO - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - HORA \_\_\_:\_\_\_

DE: TESOURARIA \_\_\_\_\_

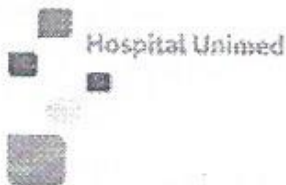
PARA: ENFERMAGEM \_\_\_\_\_

[Assinatura]  
Assinatura Paciente / Responsável

**CONFERE COM ORIGINAL**

3.298,81





www.unimedbv.com.br  
Av. Gláucio de Paiva, 1027  
63303-340 São Vicente, Boa Vista - RR  
T. (96) 3198-8400



## TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a): Dr. Goulson Denito

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

será submetido(a), do qual, eu Laurissa Alves Batista grau de parentesco: Esposa 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 anatomopatológica.

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

**CONFERE COM ORIGINAL**



www.unimedbr.com.br  
Av. Dayton de Paiva, 1027  
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**

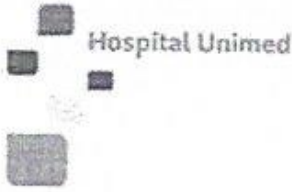
\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

Lourença Alves Batista  
Assinatura responsável

Grau de parentesco: esposo

**CONFERE COM ORIGINAL**





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



### CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Antonio da Silva PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: FRATURA DE FEMUR

ANESTESIA: ( ) Geral Venosa ( ) Peridural com cateter ( ) Geral  
( ) Geral Inalatória ( ) Peridural sem cateter ( ) Sedação  
(  ) Geral combinada (  ) Raqui anestesia ( ) Local

Anestesista: Dr. G. Colini

Admissão na RPA: às \_\_\_\_\_ HORAS Data 23/10/2019

MONITORIZAÇÃO  
( ) ECG ( ) OXIMETRIA ( ) PANI ( ) PA INVASIVA

DRENOS/CÂNULAS  
( ) Sonda gástrica ( ) SNE ( ) SVD N° \_\_\_\_\_ ( ) Guedel n° \_\_\_\_\_  
( ) Penrose n° \_\_\_\_\_ ( ) Tórax N° \_\_\_\_\_ ( ) Sucção N° \_\_\_\_\_ ( ) kher N° \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

NIVEL DE CONSCIÊNCIA:  
(  ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Calmo ( ) Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:


Hora	14:40	15:10					
Sat O2 %	97	97					
O2 Litros/min	-	-					
Respiração							
Tax							
P.A. mmHg	90/60	90/60					
Pulso bpm	89	88					
Funcionário	Andressa	Uplu					

Desligado Oxigênio às \_\_\_\_\_  
Alta da RPA às \_\_\_\_\_

ANOTAÇÕES: 15:15 Parada LATE, BFG, SVD desprotegido local

Assinatura: \_\_\_\_\_

**CONFERE COM ORIGINAL**

Hospital Unimed  
**Unimed**   
Boa Vista

# BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Antonio da Silva Idade: \_\_\_\_\_  
 Data: 23/3/19 S.O.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

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


Cirurgião	<u>Dr. Wilson</u>			
1º auxiliar				
2º auxiliar				
3º auxiliar				
Anestesista	<u>Dr. Helton</u>			
Início		Fim		Duração

Hospital Unimed  
**Unimed**   
Boa Vista

# RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Debulha da pele  
 2- limpa + limpeza  
 3- limpa pele  
 4- Iliacal interna + identificação fovea de fovea  
 5- LMC mantida + distal  
 6- Redução da fratura + fixação com placa e parafusos (10) + LMC  
 7- Limpa + sutura +  
 8- Curativo  
 9- RPII

Obs: Seguimento de Fratura  
 7900ds de evolu

  
**CONFERE COM ORIGINAL**  
 Dr. Wilson Feltosa  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 1176 RQE 083

ANS Nº 30415-B



Hospital Unimed

# Ficha Anestésica



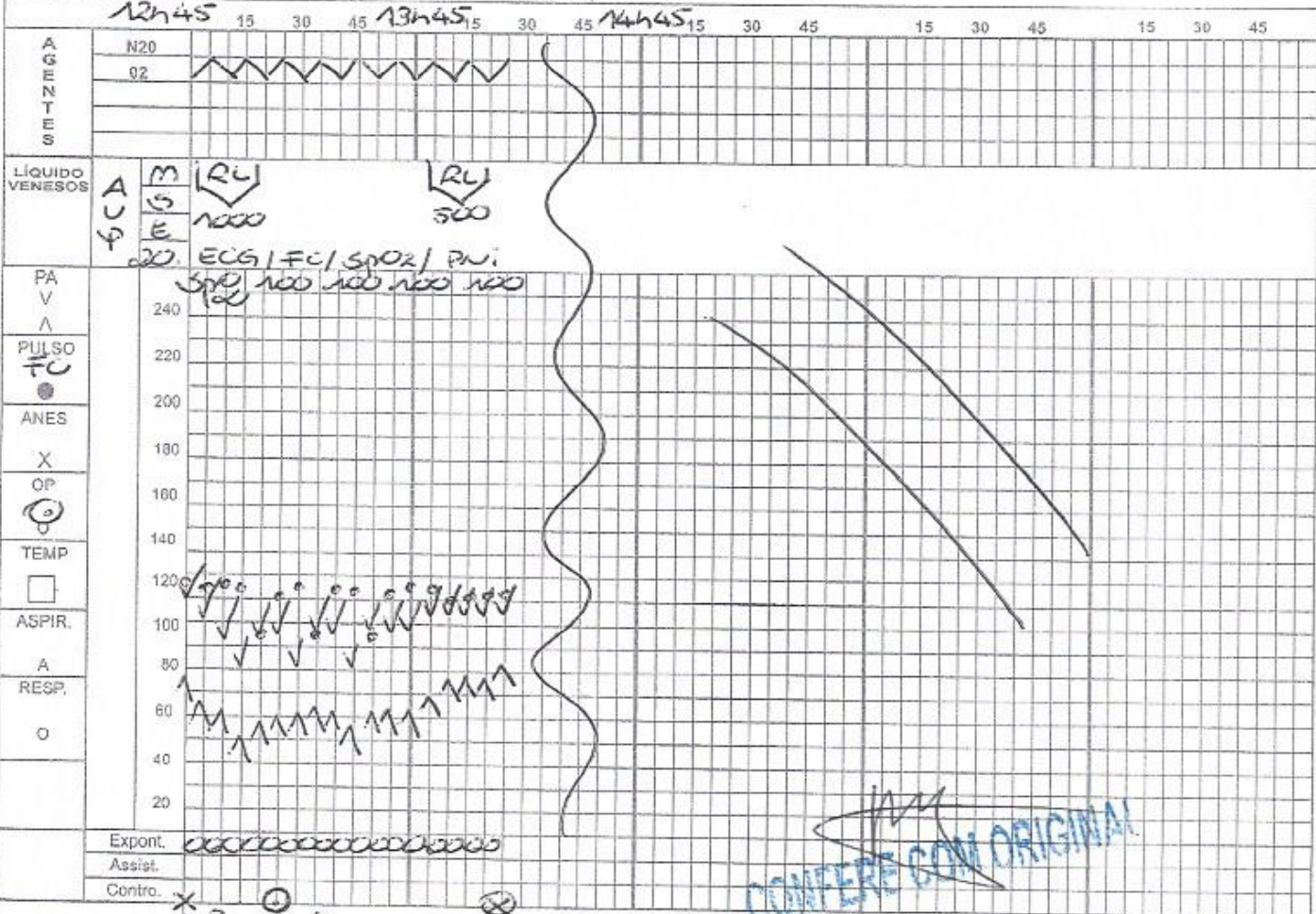
23.03.19  
Ortopedia

Boa Vista

C.M.

EF ASAP1 /  $\phi$  alergias.

Pré-medicação - Droga - Dose - Efeito	Nome <b>Antônio da Silva Oliveira</b> Prontuário <b>59114</b> 35 anos.
---------------------------------------	--



SÍMBOLOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

<b>Medicamentos</b> Propofol 10mg Morphina 80mg Fentanil 100mcg Ketamina 15mg Midazolam 7mg	<b>BSA + sedação</b> Vent. espontânea	<b>ANOTAÇÕES</b> x monitorização - Q, not cateter nasal. 1) Fentanil 10mg Ketamina 15mg Midazolam 3mg 2) BSA: para medicação D, 1364, ag. P. incke 20g, 1/2 eq. i.v. IT de lúpulo 0.5% hiperbari- na 10mg + morfina 80mg. 3) cefazolina 2g i.v. 4) Propofol 10mg i.v. 5) Fentanil 40mg i.v. 6) Midazolam 1mg i.v. 7) Midazolam 0.5mg i.v.
<b>GLICOSE</b> LÍQUIDOS	CÁMILA - NASOOROFARÍNGEA NASOOROTRACQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB MÁSCARA	400 ml
<b>TOTAL</b> 1500 ml.	1h 25.	Dificuldade técnica <b>nao</b> . TEMPO DE ANESTESIA
<b>OPERAÇÃO</b> Abertura de fêmur D.	PERDA SANGÜÍNEA x RPA11	DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA - HIPOXIA HEMORRAGIA ARRITMIA BRADI - TAQUICARDIA - CHOCUE BUCKING - VÔMITO Duda ketona 4mg i.v.

ANESTESIOLOGISTA: <b>Dra. Evelyn Fernandes</b> Médica CRM/RR 1424 Anestesiologista RQE 161	CIRURGIÃO: <b>Dalson Freitas</b>
--	----------------------------------



COGNOME: Antônio da Silva Oliveira

Bloco: C Leito: 11 Data: 24/03/2019

ANOTAÇÃO DE TEC. DE ENFERMAGEM

Paciente em repouso no leito, mantendo-se abríbil e eufórico, comunicativo. As 08h adm. Tenoxiclon 40mg EV, usado. 1 Seringa 20ml + 2 amp. de água destilada. 1 A.G. 40x12. Pac. recebeu visita Dr. Nelson que apresentou alta hospitalar, realizado curativo usado. 3 ataduras 15cm x 5cm x 5 ped. de gaze. 15cm de espuma esteril 7.0, 10ml de cloroxidina para hospital. Gaty Inib para realizar RX. após vitonar. Levado para casa com orientação médica. Thalia Cristina R. Siqueira

Pac. apresenta feridas abertas. COREN-PR 149305-TE

adm morfina, usado.

1 Seringa 10ml + 1 Amp. de água destilada + 1 A.G. 40x12

CONFERE COM ORIGINAL

Thalia Cristina R. Siqueira  
COREN-PR 149305-TE



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

CAI-24/03/19



1 - Registro ANS 30415-8		2 - Número da Guia Referenciada		3 - Código na Opendora		4 - Nome do Contratado Ambório da Silva		5 - Código CNES					
Despesas Realizadas		6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Dias	13 - Unidade do Médico	14 - Fator Red. /Acrésc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$	17 - Nº Autorização de Funcionamento
01	20 - Descrição	1 - Dete. Lux. ⇒ SNB											
02	20 - Descrição	2 - Curso ⇒ Martor											
03	20 - Descrição	3 - Ufodotria 1y ⇒ ID											
04	20 - Descrição	4 - Dinamica 2m ⇒ ID											
05	20 - Descrição	5 - Anomom 3y ⇒ ID											
06	20 - Descrição	6 - Curativo + px ⇒ Realizado											
07	20 - Descrição	7 - Atto. Hosp. ⇒ Nota											
08	20 - Descrição	8 - Morfina 2mg ⇒ Nota											
09	20 - Descrição	9 - Morfina 10mg ⇒ Nota											
10	20 - Descrição	10 - Morfina 20mg ⇒ Nota											
11	20 - Descrição	11 - Morfina 40mg ⇒ Nota											
12	20 - Descrição	12 - Morfina 60mg ⇒ Nota											
13	20 - Descrição	13 - Morfina 80mg ⇒ Nota											
14	20 - Descrição	14 - Morfina 100mg ⇒ Nota											
15	20 - Descrição	15 - Morfina 120mg ⇒ Nota											
16	20 - Descrição	16 - Morfina 140mg ⇒ Nota											
17	20 - Descrição	17 - Morfina 160mg ⇒ Nota											
18	20 - Descrição	18 - Morfina 180mg ⇒ Nota											
19	20 - Descrição	19 - Morfina 200mg ⇒ Nota											
20	20 - Descrição	20 - Morfina 220mg ⇒ Nota											
21	20 - Descrição	21 - Morfina 240mg ⇒ Nota											
22	20 - Descrição	22 - Morfina 260mg ⇒ Nota											
23	20 - Descrição	23 - Morfina 280mg ⇒ Nota											
24	20 - Descrição	24 - Morfina 300mg ⇒ Nota											
25	20 - Descrição	25 - Morfina 320mg ⇒ Nota											
26	20 - Descrição	26 - Morfina 340mg ⇒ Nota											
27	20 - Descrição	27 - Morfina 360mg ⇒ Nota											
28	20 - Descrição	28 - Morfina 380mg ⇒ Nota											
29	20 - Descrição	29 - Morfina 400mg ⇒ Nota											
30	20 - Descrição	30 - Morfina 420mg ⇒ Nota											
31	20 - Descrição	31 - Morfina 440mg ⇒ Nota											
32	20 - Descrição	32 - Morfina 460mg ⇒ Nota											
33	20 - Descrição	33 - Morfina 480mg ⇒ Nota											
34	20 - Descrição	34 - Morfina 500mg ⇒ Nota											
35	20 - Descrição	35 - Morfina 520mg ⇒ Nota											
36	20 - Descrição	36 - Morfina 540mg ⇒ Nota											
37	20 - Descrição	37 - Morfina 560mg ⇒ Nota											
38	20 - Descrição	38 - Morfina 580mg ⇒ Nota											
39	20 - Descrição	39 - Morfina 600mg ⇒ Nota											
40	20 - Descrição	40 - Morfina 620mg ⇒ Nota											
41	20 - Descrição	41 - Morfina 640mg ⇒ Nota											
42	20 - Descrição	42 - Morfina 660mg ⇒ Nota											
43	20 - Descrição	43 - Morfina 680mg ⇒ Nota											
44	20 - Descrição	44 - Morfina 700mg ⇒ Nota											
45	20 - Descrição	45 - Morfina 720mg ⇒ Nota											
46	20 - Descrição	46 - Morfina 740mg ⇒ Nota											
47	20 - Descrição	47 - Morfina 760mg ⇒ Nota											
48	20 - Descrição	48 - Morfina 780mg ⇒ Nota											
49	20 - Descrição	49 - Morfina 800mg ⇒ Nota											
50	20 - Descrição	50 - Morfina 820mg ⇒ Nota											
51	20 - Descrição	51 - Morfina 840mg ⇒ Nota											
52	20 - Descrição	52 - Morfina 860mg ⇒ Nota											
53	20 - Descrição	53 - Morfina 880mg ⇒ Nota											
54	20 - Descrição	54 - Morfina 900mg ⇒ Nota											
55	20 - Descrição	55 - Morfina 920mg ⇒ Nota											
56	20 - Descrição	56 - Morfina 940mg ⇒ Nota											
57	20 - Descrição	57 - Morfina 960mg ⇒ Nota											
58	20 - Descrição	58 - Morfina 980mg ⇒ Nota											
59	20 - Descrição	59 - Morfina 1000mg ⇒ Nota											
60	20 - Descrição	60 - Morfina 1020mg ⇒ Nota											
61	20 - Descrição	61 - Morfina 1040mg ⇒ Nota											
62	20 - Descrição	62 - Morfina 1060mg ⇒ Nota											
63	20 - Descrição	63 - Morfina 1080mg ⇒ Nota											
64	20 - Descrição	64 - Morfina 1100mg ⇒ Nota											
65	20 - Descrição	65 - Morfina 1120mg ⇒ Nota											
66	20 - Descrição	66 - Morfina 1140mg ⇒ Nota											
67	20 - Descrição	67 - Morfina 1160mg ⇒ Nota											
68	20 - Descrição	68 - Morfina 1180mg ⇒ Nota											
69	20 - Descrição	69 - Morfina 1200mg ⇒ Nota											
70	20 - Descrição	70 - Morfina 1220mg ⇒ Nota											
71	20 - Descrição	71 - Morfina 1240mg ⇒ Nota											
72	20 - Descrição	72 - Morfina 1260mg ⇒ Nota											
73	20 - Descrição	73 - Morfina 1280mg ⇒ Nota											
74	20 - Descrição	74 - Morfina 1300mg ⇒ Nota											
75	20 - Descrição	75 - Morfina 1320mg ⇒ Nota											
76	20 - Descrição	76 - Morfina 1340mg ⇒ Nota											
77	20 - Descrição	77 - Morfina 1360mg ⇒ Nota											
78	20 - Descrição	78 - Morfina 1380mg ⇒ Nota											
79	20 - Descrição	79 - Morfina 1400mg ⇒ Nota											
80	20 - Descrição	80 - Morfina 1420mg ⇒ Nota											
81	20 - Descrição	81 - Morfina 1440mg ⇒ Nota											
82	20 - Descrição	82 - Morfina 1460mg ⇒ Nota											
83	20 - Descrição	83 - Morfina 1480mg ⇒ Nota											
84	20 - Descrição	84 - Morfina 1500mg ⇒ Nota											
85	20 - Descrição	85 - Morfina 1520mg ⇒ Nota											
86	20 - Descrição	86 - Morfina 1540mg ⇒ Nota											
87	20 - Descrição	87 - Morfina 1560mg ⇒ Nota											
88	20 - Descrição	88 - Morfina 1580mg ⇒ Nota											
89	20 - Descrição	89 - Morfina 1600mg ⇒ Nota											
90	20 - Descrição	90 - Morfina 1620mg ⇒ Nota											
91	20 - Descrição	91 - Morfina 1640mg ⇒ Nota											
92	20 - Descrição	92 - Morfina 1660mg ⇒ Nota											
93	20 - Descrição	93 - Morfina 1680mg ⇒ Nota											
94	20 - Descrição	94 - Morfina 1700mg ⇒ Nota											
95	20 - Descrição	95 - Morfina 1720mg ⇒ Nota											
96	20 - Descrição	96 - Morfina 1740mg ⇒ Nota											
97	20 - Descrição	97 - Morfina 1760mg ⇒ Nota											
98	20 - Descrição	98 - Morfina 1780mg ⇒ Nota											
99	20 - Descrição	99 - Morfina 1800mg ⇒ Nota											
100	20 - Descrição	100 - Morfina 1820mg ⇒ Nota											
101	20 - Descrição	101 - Morfina 1840mg ⇒ Nota											
102	20 - Descrição	102 - Morfina 1860mg ⇒ Nota											
103	20 - Descrição	103 - Morfina 1880mg ⇒ Nota											
104	20 - Descrição	104 - Morfina 1900mg ⇒ Nota											
105	20 - Descrição	105 - Morfina 1920mg ⇒ Nota											
106	20 - Descrição	106 - Morfina 1940mg ⇒ Nota											
107	20 - Descrição	107 - Morfina 1960mg ⇒ Nota											
108	20 - Descrição	108 - Morfina 1980mg ⇒ Nota											
109	20 - Descrição	109 - Morfina 2000mg ⇒ Nota											
110	20 - Descrição	110 - Morfina 2020mg ⇒ Nota											
111	20 - Descrição	111 - Morfina 2040mg ⇒ Nota											
112	20 - Descrição	112 - Morfina 2060mg ⇒ Nota											
113	20 - Descrição	113 - Morfina 2080mg ⇒ Nota											
114	20 - Descrição	114 - Morfina 2100mg ⇒ Nota											
115	20 - Descrição	115 - Morfina 2120mg ⇒ Nota											
116	20 - Descrição	116 - Morfina 2140mg ⇒ Nota											
117	20 - Descrição	117 - Morfina 2160mg ⇒ Nota											
118	20 - Descrição	118 - Morfina 2180mg ⇒ Nota											
119	20 - Descrição	119 - Morfina 2200mg ⇒ Nota											
120	20 - Descrição	120 - Morfina 2220mg ⇒ Nota											
121	20 - Descrição	121 - Morfina 2240mg ⇒ Nota											
122	20 - Descrição	122 - Morfina 2260mg ⇒ Nota											
123	20 - Descrição	123 - Morfina 2280mg ⇒ Nota											
124	20 - Descrição	124 - Morfina 2300mg ⇒ Nota											
125	20 - Descrição	125 - Morfina 2320mg ⇒ Nota											
126	20 - Descrição	126 - Morfina 2340mg ⇒ Nota											
127	20 - Descrição	127 - Morfina 2360mg ⇒ Nota											
128	20 - Descrição	128 - Morfina 2380mg ⇒ Nota											
129	20 - Descrição	129 - Morfina 2400mg ⇒ Nota											
130	20 - Descrição	130 - Morfina 2420mg ⇒ Nota											
131	20 - Descrição	131 - Morfina 2440mg ⇒ Nota											
132	20 - Descrição	132 - Morfina 2460mg ⇒ Nota											
133	20 - Descrição	133 - Morfina 2480mg ⇒ Nota											
134	20 - Descrição	134 - Morfina 2500mg ⇒ Nota											
135	20 - Descrição	135 - Morfina 2520mg ⇒ Nota											
136	20 - Descrição	136 - Morfina 2540mg ⇒ Nota											
137	20 - Descrição	137 - Morfina 2560mg ⇒ Nota											
138	20 - Descrição	138 - Morfina 2580mg ⇒ Nota											
139	20 - Descrição	139 - Morfina 2600mg ⇒ Nota											
140	20 - Descrição	140 - Morfina 2620mg ⇒ Nota											
141	20 - Descrição	141 - Morfina 2640mg ⇒ Nota											
142	20 - Descrição	142 - Morfina 2660mg ⇒ Nota											
143	20 - Descrição	143 - Morfina 2680mg ⇒ Nota											
144	20 - Descrição	144 - Morfina 2700mg ⇒ Nota											
145	20 - Descrição	145 - Morfina 2720mg ⇒ Nota											
146	20 - Descrição	146 - Morfina 2740mg ⇒ Nota											
147	20 - Descrição	147 - Morfina 2760mg ⇒ Nota											
148	20 - Descrição	148 - Morfina 2780mg ⇒ Nota											
149	20 - Descrição	149 - Morfina 2800mg ⇒ Nota											
150	20 - Descrição	150 - Morfina 2820mg ⇒ Nota											
151	20 - Descrição	151 - Morfina 2840mg ⇒ Nota											
152	20 - Descrição	152 - Morfina 2860mg ⇒ Nota											
153	20 - Descrição	153 - Morfina 2880mg ⇒ Nota											
154	20 - Descrição	154 - Morfina 2900mg ⇒ Nota											
155	20 - Descrição	155 - Morfina 2920mg ⇒ Nota											
156	20 - Descrição	156 - Morfina 2940mg ⇒ Nota											
157	20 - Descrição	157 - Morfina 2960mg ⇒ Nota											
158	20 - Descrição	158 - Morfina 2980mg ⇒ Nota											
159	20 - Descrição	159 - Morfina 3000mg ⇒ Nota											
160	20 - Descrição	160 - Morfina 3020mg ⇒ Nota											
161	20 - Descrição	161 - Morfina 3040mg ⇒ Nota											
162	20 - Descrição	162 - Morfina 3060mg ⇒ Nota											
163	20 - Descrição	163 - Morfina 3080mg ⇒ Nota											
164	20 - Descrição	164 - Morfina 3100mg ⇒ Nota											
165	20 - Descrição	165 - Morfina 3120mg ⇒ Nota											
166	20 - Descrição	166 - Morfina 3140mg ⇒ Nota											
167	20 - Descrição	167 - Morfina 3160mg ⇒ Nota											
168	20 - Descrição	168 - Morfina 3180mg ⇒ Nota											
169	20 - Descrição	169 - Morfina 3200mg ⇒ Nota											
170	20 - Descrição	170 - Morfina 3220mg ⇒ Nota											
171	20 - Descrição	171 - Morfina 3240mg ⇒ Nota											
172	20 - Descrição	172 - Morfina 3260mg ⇒ Nota											
173	20 - Descrição	173 - Morfina 3280mg ⇒ Nota											
174	20 - Descrição	174 - Morfina 3300mg ⇒ Nota											
175	20 - Descrição	175 - Morfina 3320mg ⇒ Nota											
176	20 - Descrição	176 - Morfina 3340mg ⇒ Nota											
177	20 - Descrição	177 - Morfina 3360mg ⇒ Nota											
178	20 - Descrição	178 - Morfina 3380mg ⇒ Nota											
179	20 - Descrição	179 - Morfina 3400mg ⇒ Nota											
180	20 - Descrição	180 - Morfina 3420mg ⇒ Nota											
181	20 - Descrição	181 - Morfina 3440mg ⇒ Nota											
182	20 - Descrição	182 - Morfina 3460mg ⇒ Nota											
183	20 - Descrição	183 - Morfina 3480mg ⇒ Nota											
184	20 - Descrição	184 - Morfina 3500mg ⇒ Nota											
185	20 - Descrição	185 - Morfina 3520mg ⇒ Nota											
186	20 - Descrição	186 - Morfina 3540mg ⇒ Nota											
187	20 - Descrição	187 - Morfina 3560mg ⇒ Nota											
188	20 - Descrição	188 - Morfina 3580mg ⇒ Nota											
189	20 - Descrição	189 - Morfina 3600mg ⇒ Nota											
190	20 - Descrição	190 - Morfina 3620mg ⇒ Nota											
191	20 - Descrição	191 - Morfina 3640mg ⇒ Nota											
192	20 - Descrição	192 - Morfina 3660mg ⇒ Nota											
193	20 - Descrição	193 - Morfina 3680mg ⇒ Nota											
194	20 - Descrição	194 - Morfina 3700mg ⇒ Nota											
195	20 - Descrição	195 - Morfina 3720mg ⇒ Nota											
196	20 - Descrição	196 - Morfina 3740mg ⇒ Nota											
197	20 - Descrição	197 - Morfina 3760mg ⇒ Nota											
198	20 - Descrição	198 - Morfina 3780mg ⇒ Nota											
199	20 - Descrição	199 - Morfina 3800mg ⇒ Nota											
200	20 - Descrição	200 - Morfina 3820mg ⇒ Nota											
201	20 - Descrição	201 - Morfina 3840mg ⇒ Nota											
202	20 - Descrição	202 - Morfina 3860mg ⇒ Nota											
203	20 - Descrição	203 - Morfina 3880mg ⇒ Nota											
204	20 - Descrição	204 - Morfina 3900mg ⇒ Nota											
205	20 - Descrição	205 - Morfina 3920mg ⇒ Nota											
206	20 - Descrição	206 - Morfina 3940mg ⇒ Nota											
207	20 - Descrição	207 - Morfina 3960mg ⇒ Nota											
208	20 - Descrição	208 - Morfina 3980mg ⇒ Nota											
209	20 - Descrição	209 - Morfina 4000mg ⇒ Nota											
210	20 - Descrição	210 - Morfina 4020mg ⇒ Nota											
211	20 - Descrição	211 - Morfina 4040mg ⇒ Nota											
212	20 - Descrição	212 - Morfina 4060mg ⇒ Nota											
213	20 - Descrição	213 - Morfina 4080mg ⇒ Nota											
214	20 - Descrição	214 - Morfina 4100mg ⇒ Nota											
215	20 - Descrição	215 - Morfina 4120mg ⇒ Nota											
216	20 - Descrição	216 - Morfina 4140mg ⇒ Nota											
217	20 - Descrição	217 - Morfina 4160mg ⇒ Nota											
218	20 - Descrição	218 - Morfina 4180mg ⇒ Nota											
219	20 - Descrição	219 - Morfina 4200mg ⇒ Nota											
220	20 - Descrição	220 - Morfina 4220mg ⇒ Nota											
221	20 - Descrição	221 - Morfina 4240mg ⇒ Nota											
222	20 - Descrição	222 - Morfina 4260mg ⇒ Nota											
223	20 - Descrição	223 - Morfina 4280mg ⇒ Nota											
224	20 - Descrição	224 - Morfina 4300mg ⇒ Nota											
225	20 - Descrição	225 - Morfina 4320mg ⇒ Nota											
226	20 - Descrição	226 - Morfina 4340mg ⇒ Nota											
227	20 - Descrição	227 - Morfina 4360mg ⇒ Nota											
228	20 - Descrição	228 - Morfina 4380mg ⇒ Nota											
229	20 - Descrição	229 - Morfina 4400mg ⇒ Nota											
230	20 - Descrição	230 - Morfina 4420mg ⇒ Nota											
231	20 - Descrição	231 - Morfina 4440mg ⇒ Nota											
232	20 - Descrição	232 - Morfina 4460mg ⇒ Nota											
233	20 - Descrição	233 - Morfina 4480mg ⇒ Nota											
234	20 - Descrição	234 - Morfina 4500mg ⇒ Nota											
235	20 - Descrição	235 - Morfina 4520mg ⇒ Nota											
236	20 - Descrição	236 - Morfina 4540mg ⇒ Nota											
237	20 - Descrição	237 - Morfina 4560mg ⇒ Nota											
238	20 - Descrição												





# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião responsável: \_\_\_\_\_

**ENTRADA (SALA PRÉ-ANESTESIA)**

**PACIENTE CONFIRMOU**

- \* Identidade
- \* Sítio Cirúrgico
- \* Procedimento
- \* Consentimento

Sim	Não	Não se aplica

**RISCO CIRÚRGICO**

Sim	Não	Não se aplica

**SÍTO DEMARCADO**

--

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

--

**OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO**

--

**O PACIENTE POSSUI:**

**ALERGIA CONHECIDA:**

( ) NÃO ( ) SIM

**VIA AÉREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO:**

( ) NÃO  
 ( ) SIM, e equipamentos/ assistências disponíveis

**RISCO DE PERDA/SANGÜINEA > 500 ml**

( ) NÃO  
 ( ) SIM, e acesso entovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura e Carimbo

Data: / / Hora: /

Anestesiista: \_\_\_\_\_

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

( ) CIRURGIÃO ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- \* Identificação do Paciente
- \* Sítio cirúrgico
- \* Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS**

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há algumas preocupação específica em relação ao paciente.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo do resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

**A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.**

( ) Sim  
 ( ) Não  
 ( ) Não se aplica

**AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.**

( ) Sim  
 ( ) Não  
 ( ) Não se aplica

Assinatura e Carimbo







LISTA DE GASTOS CIRURGICOS



Boa Vista

Av. Glaycon de Paiva, 1027 - São Vicente  
Boa Vista - Roraima

Fone: (95) 2121-1313

Reg: 5484410  
Convênio: 3272829

(R)

Paciente: Antônio da Silva Oliveira Convênio: PT Data: 23/03/19  
 Cirurgia: Fratura do Fêmur "D" Início: 13:10 Fim: 14:30 Acomodação: E 11  
 Cirurgião: Dr. Dalton Demus Anestesia: Rajma (12:45)  
 Anestesista: Dr. Eline 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Int.: \_\_\_\_\_  
 Pediatra: Reidley Circulante: Vânia, Alceu, Mathus

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
GELCO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	
CATÉTER DE O2	1	ATADURA DE CREPE	
CERA PARA OSSO		AZUL DE METILENO 15cm	1
BOLSA COLETORA		AZUL DE METILENO 30cm	1
COMPRESSA CIRÚRGICA e15	1	SONDA NASOGÁSTRICA	
CORD. CLAMP.		SONDA DE FOLLEY Nº 18	1
LUVA DE PROCEDIMENTO		SONDA URETRAL	
SORO		SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº	
DRENO PENROSE		VERDE BRILHANTE	
DRENO P/ TORAX		SONDA RETAL Nº	
EQUIPO P/SORO e1 sang	1	TORNEIRINHA DESCARTÁVEL	
EQUIPO DE P.V.C.	1	DROGAS ANESTÉSICAS	
ESCOVA DESCARTÁVEL	1	Nocaina passada	1
ESPARADRAPO 30cm	1	Diazepam 0.1	1
FORMOL		midazolam	1
GAZE e1 20	1	Fentanil	1
GELFOAM	1	Etomidato	1
GESSO		Anamin	1
LÂMINA DE BISTURÍ Nº 20	1		
MICROPORE		GASES MEDICINAIS	
POVIDENE Dupononta	100ml	OXIGÊNIO 3 litros p/1 hora	
PULSEIRA		ÓXIDO NITROSO	
SERINGAS DESCARTÁVEIS 31 51 101 201		GAS CARBÔNICO	
SERINGA DE INSULINA		MEDICAMENTOS E OUTROS	
SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA		Kit cirurgico universal de	1
ALGODÃO		Histoginas	400
CATGUT SIMPLES		Reserva de sangue	1
CATGUT SIMPLES			
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
PROLENE			
PROLENE			
SEDA			
MICRYL 1 agulha 4.8	1		
AGULHA 4x12 1			
AGULHA OXIGENADA			
ALCOOL IODADO			
MONONYLON 3. agulha 4.0	1		
MONONYLON			
MONONYLON			
MONONYLON			
LUVAS			

CONFERE COM ORIGINAL



00NOME: Cuntonio da Silva

Bloco: C Leito: 11 Data: 23/03/2019

ANOTAÇÃO DE TEC. DE ENFERMAGEM

(18:50hs) cliente no leito, com repouso + AS 18:00hs adms (fora)  
diagnóstico cefaloteno 10g. 6v (sem dor), A.D=01, febre 38,2°C  
cliente segue normotense, normocárdico, febre 38,2°C, exame físico  
das cuidados da equipe de enfermagem # Diarizol - 664/182\*

Noturno 23.03.19  
06:00 200ml 1 + 24:00 cefaloteno 1g + bexing  
10ml 1 + agulha 40x12 1 + água 10ml 1 + agulha 40x12  
1 + bexing 10ml 1 + agulha 40x12 1 + água 10ml  
24:00 Dipirona 4ml 1 + bexing 20ml 2 + água 10ml  
2 + agulha 27x07 1 + 06:00 Dipirona 4ml 1 + água 10ml  
2 + agulha 27x07 1 + água 10ml 2 +

Paulo Sergio de Souza

CONFERE COM ORIGINAL



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA



PACIENTE: *Antônio da Silva* REGISTRO: \_\_\_\_\_  
 DATA: *11/06/2019*  
 IDADE: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_  
 ENFERMIALEITO: *Paulo Sergio de Souza*  
 MÉDICO: *Dalton*

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS  
 CONSCIENTE  ORIENTADO  
 DESORIENTADO  TORPOROSO  
 REAGE A DOR  NÃO REAGE A DOR  
 OBEDECE A COMANDOS VERBAIS  NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS  
 COMATOSO  PRECISA DE SEDAÇÃO

DEFICIÊNCIAS  
 AUDITIVA  SIM  NÃO  VISUAL  SIM  NÃO  FÍSICA  SIM  NÃO

QUAL: \_\_\_\_\_  
 PRESERVADO  AGITADO  PREJUDICADO POR: \_\_\_\_\_

SONO E REPOUSO  
 ALIMENTAÇÃO  
 ACEITAÇÃO:  SIM  PARCIAL  TOTAL  JEJUM: \_\_\_\_\_  
 VIAS:  ORAL  SNG  SNE  STT  NPT  
 OCORRÊNCIA:  SONDABERTA  SONDA FECHADA  
 VÔMITO  RESÍDUOS GÁSTRICOS

ASPECTOS:  
 CENTRAL  PERIFÉRICO  
 DISSECAÇÃO  SINAIAS  
 FLOGÍSTICOS  SIM  NÃO  
 SIM  NÃO REGIÃO: \_\_\_\_\_  
 ABERTO  OCLUSIVO  COMPRENSIVO  
 ASPECTO: \_\_\_\_\_  
 SIM  NÃO TIPO: \_\_\_\_\_  
 LOCAL: \_\_\_\_\_ SECREÇÃO/VOLUME: \_\_\_\_\_  
 ASPECTO: \_\_\_\_\_  
 PELE ÍNTEGRA  FOCO  HIDRATADA  
 DESHIDRATADA  ESCORIAÇÃO  ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS  
 REGIÃO DA LESÃO: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS  
 ESPONTÂNEA  SOB ESTÍMULOS  S.V. DE ALÍVIO  
 S.V. DE DEMORA ASPECTO: \_\_\_\_\_ VOLUME: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO FECAL  
 PRESENTE  AUSENTE FREQÜÊNCIA Nº X: \_\_\_\_\_  
 CONSTIPAÇÃO  DIARRÉIA  NORMAL  
 COM DOR  SEM DOR  MELHORA COM MEDICAÇÃO?  SIM  NÃO

HIGIENE PESSOAL  
 COM AUXÍLIO  SEM AUXÍLIO  NO LEITO  ASPERSÃO  
 EUPNEICO  DISPNEICO  TAQUIPNEICO  
 RONCOS  SIBLOS  ESTERTORES  
 CATETER NASAL  O2 CONTÍNUO  INTERMITENTE  
 MARCONEBULIZAÇÃO  AR AMBIENTE  TUBO TRACHEAL  TRAQUEOSTOMIA

SE O2: \_\_\_\_\_ LIMIN: \_\_\_\_\_  
 ASPIRAÇÃO-ASPECTO DE SECREÇÃO TRACHEAL  
 CLARA  FLUIDIFICADA  PURULENTA  ROLHOSA  
 NÃO  2/2h  3/3h  ROLHOSA  EM BLOCOS  
 MUDANÇA DE DECÚBITO  
 PRESENTE  AUSENTE  TIPO \_\_\_\_\_  
 LOCAL: \_\_\_\_\_ DÉBITO: \_\_\_\_\_ ml ASPECTO: \_\_\_\_\_  
 BAIXO  MODERADO  ALTO  
 GRAU DE DEPENDÊNCIA  
 OSTOMIA

SINAIS VITAIS  
 HORA: \_\_\_\_\_  
 PRESSÃO (mmHg): \_\_\_\_\_  
 PULSO (bpm): \_\_\_\_\_  
 RESPIRAÇÃO (rpm): \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA TAX: \_\_\_\_\_  
 DEXTRO (mg/dl) HORA: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM  
 DATA/HORA: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_





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

11

1 - Registro ANS: 30415-8  
 2 - Número da Guia Referenciada  
 3 - Código na Operadora  
 4 - Nome do Contratado: Antonio da Silva  
 5 - Código CNES

01 - Descrição	02 - Descrição	03 - Descrição	04 - Descrição	05 - Descrição	06 - Descrição	07 - Descrição	08 - Descrição	09 - Descrição	10 - Descrição
1 - 23/07/19 - 1 - 18h Lu - 7 SVO	2 - 28/07/19 - 2 - 18h Lu - 7 SVO	3 - 29/07/19 - 3 - 18h Lu - 7 SVO	4 - 30/07/19 - 4 - 18h Lu - 7 SVO	5 - 31/07/19 - 5 - 18h Lu - 7 SVO	6 - 01/08/19 - 6 - 18h Lu - 7 SVO	7 - 02/08/19 - 7 - 18h Lu - 7 SVO	8 - 03/08/19 - 8 - 18h Lu - 7 SVO	9 - 04/08/19 - 9 - 18h Lu - 7 SVO	10 - 05/08/19 - 10 - 18h Lu - 7 SVO

CONFERE COM ORÇÃO

11 - Total de Custos Medicados (R\$)  
 12 - Total de Honorários (R\$)  
 13 - Total de Taxas e Ausúlios (R\$)  
 14 - Total de Diárias (R\$)  
 15 - Total de Girais (R\$)







Blaco: B 219  
Leito: 03



www.unimed.com.br  
Atendimento de 24 horas  
0800 010 1000  
R. H. 1100 - 6130



99118-1815

**FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR**

SETOR:

---

SOLICITANTE - NOME COMPLETO: Antonio da Silva Oliveira CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

---

TIPO DE REMOÇÃO:

HOSPITAL PARA HOSPITAL  
 RESIDÊNCIA PARA HOSPITAL  
 HOSPITAL PARA RESIDÊNCIA  
 OUTROS: \_\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_

INTERNOS OU OBSERVAÇÃO: APT. \_\_\_\_\_  
 EXAMES EXTERNOS:  
 QUAL? \_\_\_\_\_  
 LOCAL: \_\_\_\_\_

---

DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: Antonio da Silva Oliveira  
 DN: \_\_\_\_\_ SEXO:  FEMININO  MASCULINO  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

DATA: 23/03/19 HORA SAÍDA: 10:45 HORA CHEGADA: 11:00

EQUIPE:  MÉDICA  ENFERMAGEM  MOTORISTA

DADOS LOCAL DA REMOÇÃO DE ORIGEM: Hosp. da Coréia do Sul - RR  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

LOCAL DA REMOÇÃO DE DESTINO: Hosp. Unimed - RR  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

---

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA REMOÇÃO

OXIGÊNIO: INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_  OXÍMETRO DE PULSO  MONITOR CARDÍACO  
 MACA  DE \_\_\_\_\_  MALETA DE URGÊNCIA  OUTROS: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

---

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO:

PACIENTE  CONVÊNIO

---

OBS: \*Se a remoção for de HOSPITAL para HOSPITAL, é necessário que o cliente/paciente ou seu responsável confirme vaga disp 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

CONFERE COM ORIGINAL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
 Tassia Helena Nery  
 COREN-RR 506.757

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO: \_\_\_\_\_  
 COREN-RR 506.757

LOCAL E DATA: Boa Vista - RR 23 DE março DE 2019

TELEFONES DO RESPONSÁVEL, para que o departamento médico possa contatar quando necessário.  
99 99118-4815 ( ) \_\_\_\_\_



FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

SETOR:

SOLICITANTE - NOME COMPLETO: Antonio da Silva Oliveira CONVÊNIO: 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: Antonio da Silva Oliveira DADOS DO PACIENTE

DN: 18/12/83 SEXO:  FEMININO  MASCULINO

ENDEREÇO: Rua: Acaí

BAIRRO: Santa Tereza

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 24/03/19

MÉDICA  ENFERMAGEM  MOTOCICLETA

HORA SAÍDA:

DADOS

LOCAL DA REMOÇÃO DE ORIGEM:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

LOCAL DA REMOÇÃO DE DESTINO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA REMOÇÃO:

- OXIGÊNIO: INÍCIO
- MACA
- OXÍMETRO DE PULSO
- MALETA DE URGÊNCIA
- OUTROS

OBS:

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO:

PACIENTE  CONVÊNIO

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: Laurence Alves Botelho

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO: Joiceia Souza

LOCAL E DATA: Hospital unimed 24 DE Março DE 19

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

( ) ( )

CONFERE COM ORIGINAL



FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

SETOR:

SOLICITANTE - NOME COMPLETO: Antonio da Silva Oliveira CONVÊNIO: Particular

TIPO DE REMOÇÃO

- HOSPITAL PARA HOSPITAL
- RESIDÊNCIA PARA HOSPITAL
- HOSPITAL PARA RESIDÊNCIA
- OUTROS: \_\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_
- INTERNOS OU OBSERVAÇÃO: APT. \_\_\_\_\_
- EXAMES EXTERNOS: QUAL? Raios X LOCAL: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: Antonio da Silva Oliveira DADOS DO PACIENTE  
 DN: 18/12/83 SEXO:  FEMININO  MASCULINO  
 ENDEREÇO: Rua: Acaá  
 BAIRRO: Santa Inês PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

DATA: 24/03/19  MÉDICA  ENFERMAGEM  MOTOCICLETA

HORA SAÍDA: \_\_\_\_\_

DADOS LOCAL DA REMOÇÃO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

LOCAL DA REMOÇÃO DE DESTINO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

- EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA REMOÇÃO
- OXIGÊNIO: INÍCIO: \_\_\_\_\_
  - MACA
  - OXÍMETRO DE PULSO
  - MALETA DE URGÊNCIA
  - OUTROS: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO SERVIÇO DE REMOÇÃO:

- PACIENTE
- CONVÊNIO

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: Antonio da Silva Oliveira

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA REMOÇÃO: José Maria Soares

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

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

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

CONFERE COM ORIGINAL



Hospital Unimed

www.unimedbr.com.br  
R. Cláudio de Faria, 1077  
89900-340 São Vicente, Boa Vista - RR  
7 (pp) 3106-8400



### TERMÔ DE RESPONSABILIDADE

Nº DE ORDEM	ITEM	UNIDADE	DATA DA ENTREGA	ASSINATURA DO PAGANTE 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

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

Boa Vista - RR, 23 de Março de 2019

*Patrícia Silveira*

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) 3196-8400



### INDICADOR QUÍMICO

PACIENTE: Antonio da Silva Oliveira REG 5484430

CIRURGIA: Fratura de Fêmur

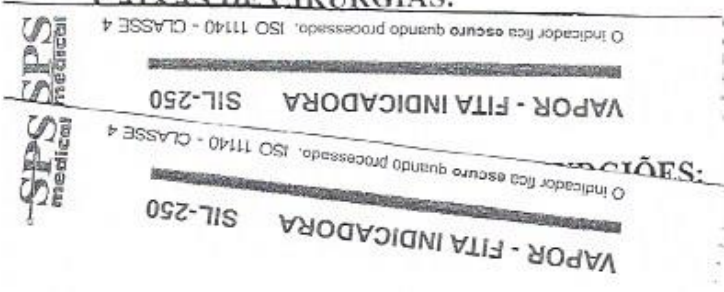
EQUIPE MÉDICA: Dr. Dalton Denis, Dr. Eveline

CIRCULANTE Vanice INSTRUMENTADOR(A) Wislely

DATA: 23/03/19

BANDEJAS: RAQUI  PERIDURAL  GERAL  LOCAL  SEDAÇÃO  GERAL EV   
GERAL INALATÓRIA

#### CAIXAS DE CIRURGIAS:



CAPOTE:

CAMPO SIMPLES/ FENESTRADO/FRONHA:

*[Handwritten signature]*  
**CONFERE COM ORIGINAL**



D

D

53,7 %

29/12/2018 22:51:19

37,0 %

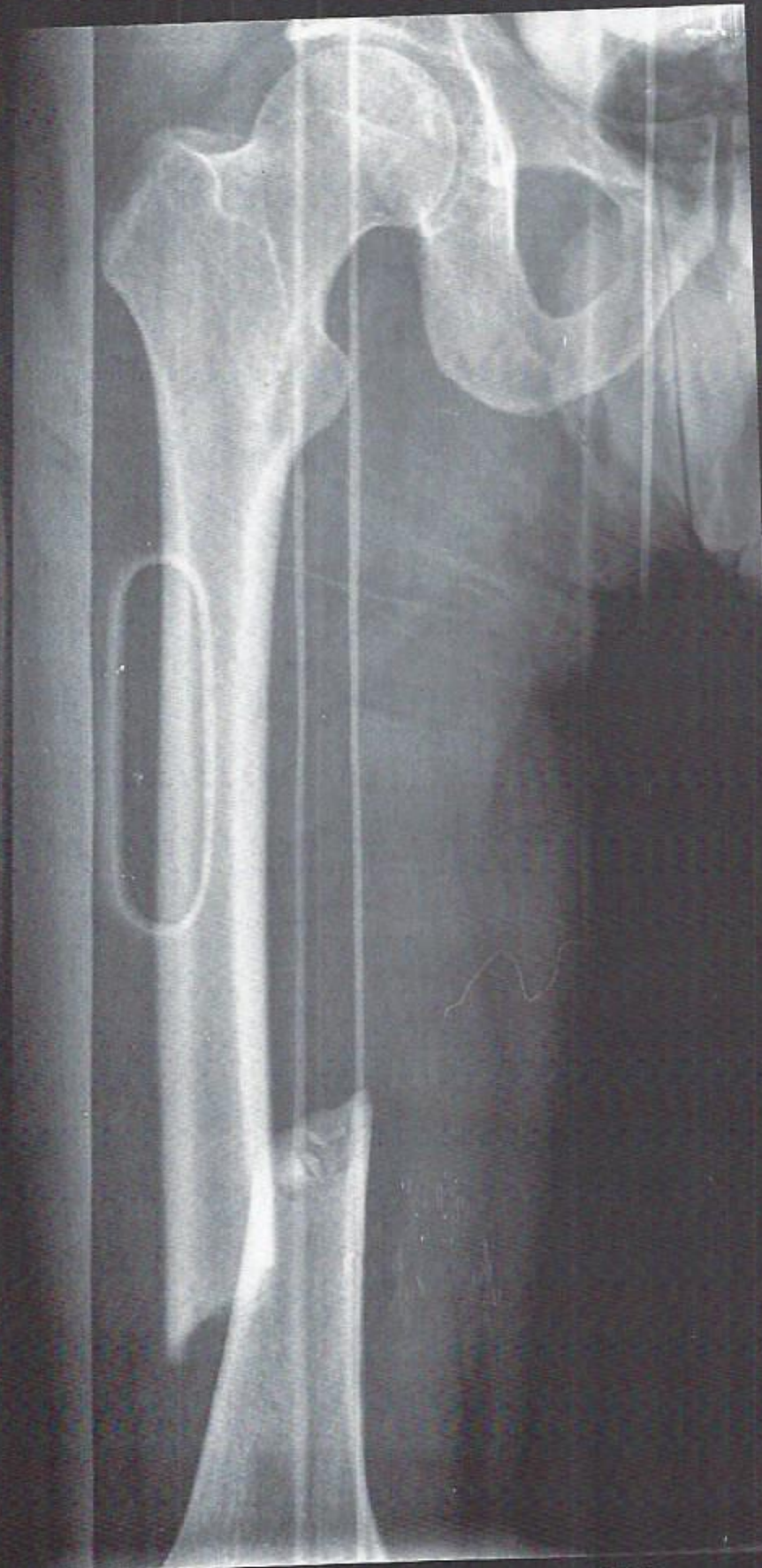
, DESCONHECIDO BERMUDA VERDE

GT-PRC

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



D



ANTONIO DA SILVA OLIVEIRA ,  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

30/12/2018 12:42:03

53.7 %



Hospital Unimed

www.unimed.com.br  
Av. Clayton de Paiva, 1027  
63301-340 São Vicente, Boa Vista - RR  
T. (95) 3198-8400



CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOME DO PRODUTO Droga Anestesia

NÚMERO DO LOTE 056

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

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO Autoclava

RESPONSÁVEL PELO PREPARO [Assinatura]

www.unimed.com.br  
Av. Clayton de Paiva, 1027  
63301-340 São Vicente, Boa Vista - RR  
T. (95) 3198-8400

Hospital Unimed

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOME DO PRODUTO Caixa Amazon Oito

NÚMERO DO LOTE HGR

DATA DA ESTERILIZAÇÃO: 23/03/19 DATA LIMITE DE USO 23/09/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO UVC

RESPONSÁVEL PELO PREPARO Uelina; Rosamund

Hospital Unimed

www.unimed.com.br  
Av. Clayton de Paiva, 1027  
63301-340 São Vicente, Boa Vista - RR  
T. (95) 3198-8400



CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

NOME DO PRODUTO Eq. Cirurgia

NÚMERO DO LOTE 58

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

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO Autoclava

RESPONSÁVEL PELO PREPARO Uelina

Hospital Unimed

www.unimed.com.br  
Av. Clayton de Paiva, 1027  
63301-340 São Vicente, Boa Vista - RR  
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 23/09/19

MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO 134°

RESPONSÁVEL PELO PREPARO Uelina

**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.