

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000008431-7

Nr. da Autenticação EFE2A7A1B0660400

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271357 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FEMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190271357 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. César Júlio Decreti, 664 - Boa Vista - RR

09/01/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HG
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - HGR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Góes, 3306

1ª Classificação		Reclassificação	Reclassificação		Reclassificação
<input type="checkbox"/>	Vermelho	Gomes da Silveira	<input type="checkbox"/>	Vermelho	
<input type="checkbox"/>	Laranja	Serv. Saúde	<input type="checkbox"/>	Laranja	
<input type="checkbox"/>	Amarelo		<input type="checkbox"/>	Amarelo	
<input type="checkbox"/>	Verde		<input type="checkbox"/>	Verde	
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.		<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	

... Guia de Atendimento 17 ...

1901057345 09/01/2019 21:44:04		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					NOTURNO 19- 16	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	07	Prontuário	
ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS		18/02/1946	72 A 10 M 19 D	700406938398047	08535515291	00021603		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IDENTIDADE	188363	SSP/RR	17/02/1997	M		PARDA	NOVO ARIPUANA -	
Mãe						AM	BRASILEIRA	
Maria FILGUEIRAS DOS SANTOS						ANTONIO FILGUEIRA DOS SANTOS	(95) 99133-1114	
Endereço							Ocupação	
RUA - CC-18 LAURA MOREIRA - 438 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira	Validade	Autorização		Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE BICICLETA	URGÊNCIA							
Selar	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.						
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febre <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>Acidente Muito Vs Bicileta</i>								
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL <i>15</i>	

... Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Fracura Pelvis Fractura do Osso do Pélvis
Exclui Dor de Modo a dor de útero
reclamação BCO L OT + SSS
exclusão ARQIX

Hipótese Diagnóstica

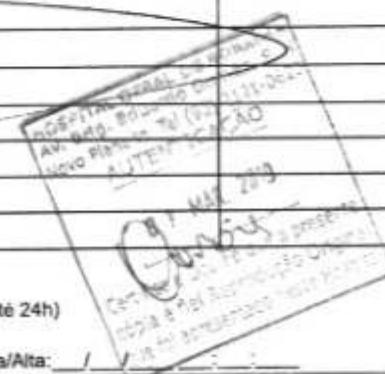
SADT - Exames Complementares					
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
<i>Dapenox + tecocream Feltex SAMU</i>					<i>SAMU</i>

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para:

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saída/Alta:



Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim NãoDestino: Família IML / Anistia Patológica

09-01-2019

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



grampeio 14/02/2019

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO P/ SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Her Adelmo Filgueira dos Santos

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adelmo Filgueira dos Santos.

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

23603

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710101061913181918101917

8 - DATA DE NASCIMENTO

38/10/1946

9 - SEXO

masc.

10 - NOME DA MULHER OU DO RESPONSÁVEL

Maria Filgueira dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

(11) 5555-1234

12 - ENDERECO (LNU, NÚMERO)

R. CC-18, Baura Mariana, 438, Senador Melo Campos

14 - CÓD. IBGF MÉDICO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

12-R

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

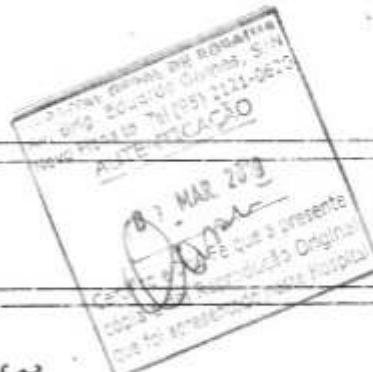
Fx fratura contusa femur D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tx cir

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R+ eusmness + ex. fisca



20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fx fratura contusa

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23/24 - CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervent

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CIR

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Di Stuck / Di Leandro

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

34 - N.º DO BIREME

35 - SÉRIE

36 - N.º DO BIREME

37 - CNAE DA EMPRESA

38 - CBOR

39 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

40 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - APOSENTADO

42 - NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

0308010019

6221 T068

F18

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Adelmo Siqueira dos Santos		
DIAGNÓSTICO	Fractura contínua		
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE	72.	LEITO	DATA 09/01/19
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	Clexane 40mg SC 1x/dia		
16	Retros posturais originais		
17			
18	<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u>		
19			
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

Regulado para leito
F-17
Prorrogação Intensiva

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



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

18

Bloco: F	Data: 09/01/19	Enfermaria:	Leito: 18
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: ♂ F ♀ M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos			
Alergia: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	() Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	() Hipotensão	() Hipertenso
() Agitado	<input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos	() Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	<input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	() Anisocôricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal <input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	() Constipação () Melena	
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatus: <input checked="" type="checkbox"/> Presente () Ausente		
<input checked="" type="checkbox"/> Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Globoso <input checked="" type="checkbox"/> Há		
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpanico		
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
<input checked="" type="checkbox"/> Anictérica	() Ictérica	() Gianótica	Visceromegalias: () Sim () Não PO: () Sim () Não		
<input checked="" type="checkbox"/> Acanótica	() Edema Local: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Ulceras por pressão: () Sim () Não			<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Região: _____			() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematória		
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente () Traqueostomia		
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/URENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	Local: MSE	Data: 09/01/19			Trocárem: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____			Trocárem: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
Sondas: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem			Quantidade: _____
Ureto de: _____	Aspecto da secreção: _____				
Cateter Vesical: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da Instalação: _____				Trocárem: _____
Prótese: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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	() _____
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Adelmo dos Reis

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

18

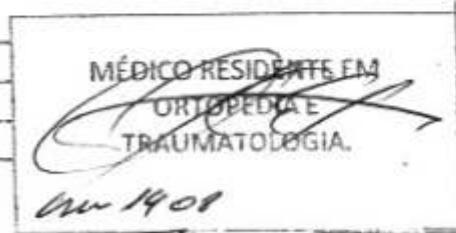
DATA

10/01/14

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	madr
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-16-24-06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H	madr
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	S/N
14	CURATIVO DIARIO	perman
15	Glucosa 40 mg (60) 2x00 dia.	16
16		
17		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	140X80	74	
12 H	157X79	72	34.8°C
18 H	150X80	76	35°C
24 H	120X70	77	



Obrigado pelo atendimento e apoio
Sempre seu At.

F-18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		HGR	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PREScriÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>ADELINA NEVES CANTOS</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>A Delmo Figueiredo das Santas Transfront. ferme D</i>		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	<i>13/11/19</i>
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>CLEXANE 40mg SC (x/010)</i>		
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
<i>Dt. 13/11/19 Ortopedia e Traumatologia</i>			

ao biorio

SINAIS VITAIS	T	P	R	
6 H		79	130X60	
12 H	35,7	76	120X60	21pm
18 H				
24 H		86.	150X80	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SÉRVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		D/H	DN
PACIENTE	ADELINA DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	TRANSMOCANTERICO FEMUR D		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	14/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE S/D		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO Rotina		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H 12 18° 24° 06°		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H 12 18° 24° 06°		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 12 18° 24° 06°		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) SA		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO NG		
15	clexane 40 mg sc 1x/08 NG		
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

Dr.
C.R.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TÉMP
6 H				
12 H	146/63 mmHg	72 bpm	19 min	36,4°C
18 H	149x63	74	19	36,6°C
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	ADELINA DOS SANTOS <i>(Adelmo)</i>			
DIAGNÓSTICO	FX TRANS FEMUR			
ALERGIAS		HAS	NEGA	
IDADE		LETO	DM2	
ITEM		PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE			HORARIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			<i>5M</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>xt</i>		<i>Maurin</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>xt</i>		<i>21.00</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN	<i>xt</i>		<i>06.00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR INTESA			<i>22.00</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			<i>SV</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DI 8/8 h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			
14	CURATIVO DIARIO			
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			
16				
17				
18	SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)			
19	CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI, 251-300 4UI 301-350 6UI			
20	351-400 8UI > 400 10 UI E/OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

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

SINAIS VITAIS	PA	FE	FD	T	36,4 °C
6 H	150x77	81	20	36,4 °C	
12 H	140x80	73	18	36,6 °C	
18 H	140x77	78	17	36,2 °C	
24 H	170x80	77	20	36,6 °C	

MÉDICO DE ATENDIMENTO
DR. MARCELO BRUNNER
CRM 1917/RR
Data: 01/01/2010
Assinatura: *Marcelo Brunner*

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Pires, 414 - Boa Vista - RR

ADELMO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

CÓDIGO DO HOSPITAL: Hospital Geral de Roraima	DATA DE ADMISSÃO:	DIH:	DN:
PACIENTE:	<i>Adelmo do Nascimento</i>		
DIAGNÓSTICO:	<i>Fractura complexa da clavícula</i>		
ALERGIAS:	HAS	DM2	
IDADE:	LEITO	18	<i>16/04/19</i>
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>Martin</i>	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>12° 18° 25° 06</i>	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>12° 18° 25° 06</i>	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>12° 18° 25° 06</i>	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>12° 18° 25° 06</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SEDOR INTENSA	<i>12° 18° 25° 06</i>	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<i>12° 18° 25° 06</i>	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	<i>12° 18° 25° 06</i>	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<i>SN</i>	
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>Classe hospitalar 60 1700 da</i>	<i>16</i>	
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PP	P	TAX	FOR
6 H	95x84	80		
12 H	159x77	82	75-70	18.
18 H	138x74	89	36.2	-
24 H	130x60	80		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



10 ASR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Costa e Silva, 1000 - Rio de Janeiro - RJ

18

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

Bloco:	F	Data:	16/01/19	Enfermaria:		Leito:	
Nome Completo:	Athelmo dos Santos		Idade:				Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:						
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão	() Contato	() Goticula - aerossol	() Goticula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não	Qual (is):						
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:						
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:						
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante							

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
(<input checked="" type="checkbox"/>) Consciente	(<input checked="" type="checkbox"/>) Orientado	() Desorientado	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	(<input checked="" type="checkbox"/>) Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
(<input checked="" type="checkbox"/>) Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	(<input checked="" type="checkbox"/>) VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE
(<input checked="" type="checkbox"/>) Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	(<input checked="" type="checkbox"/>) Presente	() GTT	() NPT
REGULAÇÃO TERMICA			Acitação da dieta: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	() Não	() Parcial
(<input checked="" type="checkbox"/>) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Evacuações: (<input checked="" type="checkbox"/>) Presente	() Ausente	() Colostomia
() Febril	() Febre	() Pirexia	() Normal	() Diarreia	() Constipação
() Hiperpirexia			Flatus: (<input checked="" type="checkbox"/>) Presente	() Ausente	() Melena
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
(<input checked="" type="checkbox"/>) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso	() Distendido	() Globoso
(<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpântico
(<input checked="" type="checkbox"/>) Anictérica	() Ictérica	() Gianótica	Ruidos Hidroáreos: () Presente	() Ausente	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Acianótica	() Edema Local:		Visceromegalias: () Sim	() Não	FO: () Sim () Não
Úlcera por pressão: () Sim	() Não		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:			(<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea	() SVD	() Anúria
Curativo realizado: () Sim	() Não	FO: () SIM () NÃO	() Poliúria	() Disúria	() Oligúria
Oxigenoterapia	() Sim	() Não	() Cistostomia	() Irrigação continua	() Hematúria
Eupneico	(<input checked="" type="checkbox"/>) Bradipneico	() Taquipneico	(<input checked="" type="checkbox"/>) Ar ambiente	() Traqueostomia	
Oxigenoterapia	() Sim	() Não	Qual:		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	() Não	Local: MSE	Data: 16/01/19	Trocá em:
Cateter Central:	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocá em:
Finals de Infecção no sítio da punção:					
Sondas:	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	() SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem
Treno de:	Aspecto da secreção:				Quantidade:
Cateter Vesical:	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Data da Instalação:	Trocá em:	
Prótese:	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) 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	()
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	()
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	()
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	()
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	()
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	()
() Risco de Integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	()

18

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
		PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Adelmo dos Santos			
DIAGNÓSTICO	Fx Transito cutâneo femur			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	LEITO		DATA	17/11/99
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			12h Manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12 18 24 05 12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			12 18 24 05 12
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12 18 24 05 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			12 18 24 05 12
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			12 18 24 05 12
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			12 18 24 05 12
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			12 18 24 05 12
10	SSVV + CCGG 6/6 H			12 18 24 05 12
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			12 18 24 05 12
14	CURATIVO DIARIO			12 18 24 05 12
15	CLOXANF 40mg SC 1X/019			(16) NTF
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).			
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
Evolução médica:				
<p>Dr. Marcelo Marques MÉDICO RESIDENTE Ortopedia e Traumatologia CRM 1910100</p>				

16:00 circuladie c
 medicacos do ibm
 15 nos tem se for
 = maeia.

Trecho
 Técnico
 Magam
 T1570

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR.
6 H	127x64	80	35.3°C	
12 H	140x60	74	36.5°C	
18 H	163x68	68	36.2°C	19
24 H	143x67	72	35°C	-

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.



10 ABR 2018

18

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

Av. Cardoso Júnior, 454 - Bela Vista - RR

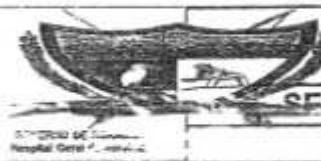
Bloco: F	Data: 17.01.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula-aerosol () Goticula-perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Hipofisiárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso	
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico	
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: () Sim	<input type="checkbox"/> () Não	<input type="checkbox"/> () Parcial	
REGULAÇÃO TÉRMICA			<input type="checkbox"/> Evacuações: () Presente	<input type="checkbox"/> () Ausente	<input type="checkbox"/> () Colostomia	
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação	
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Flatus: () Presente	<input type="checkbox"/> () Ausente	<input type="checkbox"/> Melena	
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia				REGULAÇÃO ABDOMINAL		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			<input type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> () Flúido
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpanico	
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos: () Presente	<input type="checkbox"/> () Ausente		
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Visceromegalias: () Sim	<input type="checkbox"/> () Não	<input type="checkbox"/> FO: () Sim	<input type="checkbox"/> () Não
<input type="checkbox"/> Acanótica	<input type="checkbox"/> Edema Local:		<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Oligúria
Úlcera por pressão: () Sim	() Não		<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Hematuria
Região:			<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua		<input type="checkbox"/> Uropênia
Curativo realizado: () Sim	() Não	FO: () SIM () NÃO	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:			

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	Data:	Trocár em:
Cateter Central:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocár 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
Vrôn de:			<input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SOE
			<input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> GTT
Cateter Vesical:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Aspecto da secreção:		Lavagem
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da Instalação:		Quantidade: 1000 ml
					V. 302.222

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

F 18



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	<i>Cedelmo ota Souza</i>		
----------	--------------------------	--	--

DIAGNÓSTICO			
-------------	--	--	--

ALERGIAS	HAS	DM2	
----------	-----	-----	--

IDADE	LEITO	DATA	<i>18/10/11</i>
-------	-------	------	-----------------

ITEM	PREScriÇÃO			HORARIO
ITEM	PREScriÇÃO			HORARIO

1	DIETA ORAL LIVRE			S/N-D
---	------------------	--	--	-------

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTED.
---	--------------------------	--	--	---------

3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			<i>18° 24° 06° 12°</i>
---	-----------------------	--	--	------------------------

4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>Supondo</i>		<i>18° 24° 06° 12°</i>
---	------------------------	----------------	--	------------------------

5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>18° 24° 06° 12°</i>
---	------------------------	--	--	------------------------

6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			<i>S/N</i>
---	--	--	--	------------

7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			<i>S/N</i>
---	----------------------------	--	--	------------

8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			<i>S/N</i>
---	-----------------------------	--	--	------------

9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			<i>S/N</i>
---	---	--	--	------------

10	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>ROTINA</i>
----	-------------------	--	--	---------------

12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			<i>ATEN CP</i>
----	---	--	--	----------------

14	CURATIVO DIARIO			<i>CURATIVO</i>
----	-----------------	--	--	-----------------

15	<i>lexem 4g SC 1X10</i>			<i>10°</i>
----	-------------------------	--	--	------------

16				
----	--	--	--	--

17				
----	--	--	--	--

18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			

19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			

20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			<i>ATEN CP</i>
----	--	--	--	----------------

EVOLUÇÃO MÉDICA:				
-------------------------	--	--	--	--

SINAIS VITAIS	P	TAX	F.R.	
6 H	130x80	87	35,1°	19
12 H	144x72	76	36,6°	18
18 H	130x56	75	36,3°	19
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. *[Signature]*
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Panlo
1908



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

18

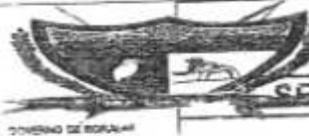
Bloco: F	Data: 18.01.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos santos		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência: Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensivo	() Hipertenso	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	() Aceitação da dieta:	() Sim () Não () Parcial	() GTT () NPT	
REGULAÇÃO TÉRMICA			() Evacuações:	() Presente () Ausente	() Colostomia	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia () Constipação	() Melena	
() Febril	() Febre	() Pirexia	() Flatos:	() Presente () Ausente		
() Hiperpirexia				REGULAÇÃO ABDOMINAL		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico	() Maciço	() Timpanico	
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ruidos Hidroáreos:	() Presente () Ausente		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	() Visceromegalias:	() Sim () Não	() FO: () Sim () Não	
() Acianótica	() Edema Local:				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
Úlcera por pressão:	() Sim () Não				() Espontânea	() SVD () Anúria () Oligúria
Região:				() Poliúria	() Disúria	() Colúria () Hematúria
Curativo realizado:	() Sim () Não	FO: () SIM () NÃO				() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropênia
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:	Trocár em:		
Cateter Central:	() Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocár em:		
Mais 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:	Trocár em:			
Prótese:	() Sim () Não	Tipo:	Local:			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

F-18



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>admissione de paciente</i>			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS	DM2	<i>19/01/19</i>	
IDADE	LEITO	DATA		
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SU Q
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			<i>noite</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			<i>10/01/19 16:00</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			<i>10/01/19 17:00</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>10/01/19 17:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SU
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Realizar</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			SU
14	CURATIVO DIARIO			<i>anotar</i>
15	<i>Comer bof 60 1x ao d.</i>			<i>16</i>
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).			SU
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	<i>dp</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>FC</i>
6 H	<i>100x70 - 77</i>	<i>96/50</i>	<i>36,5</i>	<i>19</i>
12 H	<i>102x68 349</i>	<i>163</i>	<i>25</i>	
18 H	<i>103x68 75</i>	<i>36,2</i>	<i>20</i>	
24 H	<i>100x75 81</i>	<i>36,4</i>		

[Handwritten Signature]

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

J8



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



CIDADE DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		01H	DN
PACIENTE	<i>Alvaro de Souza</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	18	<i>10/01/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>01/01</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		<i>01/01</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>01/01</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>rotina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		S/N
14	CURATIVO DIARIO		<i>curativo</i>
15	<i>Fluver 10 g (S) leva dia</i>		<i>(16) mts</i>
16			
17			
18	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	128x80	93	36°
12 H	122/60	78	35,8°C
18 H	140/70	78	35,9°C
24 H	150/80	83	36,5°C

MÉDICO RESPONSÁVEL EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Caetano Alves Barreto, 488 - Fina Vista - RR

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DO RORAIMA
Hospital São José de Roraima**PREScriÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Dr. J. L. Lemos da Souza</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	/8	01/01/14
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>SMN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<i>Mantir</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>p/p</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		<i>p/p</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>At. M 200 - 06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/6h SE DOR INTENSA		<i>At. M 200 - 06</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>SN</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		<i>SN</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		<i>SN</i>
14	CURATIVO DIARIO		<i>16h</i>
15	<i>Manter bojo e d. 1 todo dia</i>		<i>16h</i>
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FE	PR	T
6 H	102/64	22		
12 H	100/80	50	18	36,20
18 H	170/81	88		36,50
24 H	158/77	80		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castello Branco, 111 - Centro - RJ

18



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

Bloco: F	Data: 21.01.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: () F () M
Precedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula-aerosol () Gotícula-perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico BC: _____
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertenso PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriásica	() IVO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	() Ausente	() Colostomia
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Normal () Diarreia () Constipação () Melena	() Ausente	() Melena
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente		
() Febril	() Febre	() Pirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hiperpirexia			() Normotensão	() Distendido () Globoso	() Flácido
CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Ascítico	() Maciço () Timpântico	
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Visceromegalias: () Sim () Não FD: () Sim () Não		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Aclanótica	() Edema Local: _____		() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematuria		
Região: _____			() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
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: _____	Trocárem: _____		
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____		
Sinais de Infecção no sítio da penicilina: () Sim () Não	() Sim () Não				
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT				
Renho de: _____	Aspecto da secreção: _____				
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____				
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz				
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação				
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene				
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente				
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada				
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida				
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais				
() Risco de constipação	() Risco de quedas				
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal				
() Incontinência intestinal	() Dor aguda				
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica				
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea				
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração				

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

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ADELINO RE 50024		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA 23/11/19	
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manh
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12 ^h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		18 ^h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		24 ^h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		06 ^h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	oxitocina 40ug SC 1X/100		16
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Barques
2019-11-23 10:00

SINAIS VITAIS	P.A.	T	TAX	FR.
6 H	130x60	81	36,6	18
12 H	113x50	69	75,4°C	19
18 H	119/67	70	36,1	-
24 H	136x69	74	36,2°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



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

18

Bloco: F	Data: 22.01.18	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: () F <input checked="" type="checkbox"/> M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):		
Necessidade de intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensivo	() Hipertenso	PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT	
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	ACEITAÇÃO DA DIETA: () Sim () Não () Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES: () Presente () Ausente	() Constipação () Melena	() Colostomia	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia			
() Febril	() Febre	() Pirexia	FLATOS: () Presente () Ausente			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico	
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	RUIDOS HIDROAÉREOS: () Presente () Ausente			
() Aclanótica	() Edema Local:		VISCEROMEGLIAS: () Sim () Não FO: () Sim () Não			
Úlcera por pressão: () Sim () Não				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:				() Espontânea () SVD	() Anúria () Oligúria	
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO			() Poliúria () Disúria () Cistostomia	() Colúria () Hematuria () 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					
ondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT		() Lavagem () Sifonagem			
Dreno de:		Aspecto da secreção:		Quantidade:		
Cateter Vesical: () Sim () Não		Data da Instalação:		Trocarn em:		
Prótese: () Sim () Não	Tipos:		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	() _____
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____



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



18

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Hábil mo de portos</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	<i>(18)</i>	<i>23/01/14</i>
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>SM</i>	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>Martins</i>	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>Dep.</i>	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>Dep.</i>	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>7/06:50</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<i>SN</i>	
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>Classem 60/4</i>	<i>(16)</i>	<i>1x a dia</i>
16		<i>16</i>	<i>MTF</i>
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*16:00 - Circulação med.
do item 15 está em feita
na farmácia*

*Terezinha A. Batista
Téc. Enfermeira
COREN RR-72679*

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR
6 H	160x70	77	35,9	20pm
12 H	177x94	74	36 °C	
18 H	194x72	76	36,2°C	19
24 H	160x70	76	37°C	21

*MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.*



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

18

Bloco: F	Data: 23.01.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos santos		Idade:	Sexo: () F <input checked="" type="checkbox"/> M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual (is): _____		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma: _____		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs: _____		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertenso	PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Míoticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES			
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Presente	() Ausente	() Colostomia	
() Febril	() Febre	() Pirexia	() Normal	() Diarreia	() Constipação	() Melena
			() Flatus:	() Presente	() Ausente	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotensão	() Distendido	() Globoso	() Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico	
() Anictérica	() Ictérica	() Gianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente			
() Acianótica	() Edema Local: _____		() Visceromegalias:	() Sim () Não	FO: () Sim	() Não
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
Região: _____			() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Poliúria	() Disúria	() Colúria	() Hematúria
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Cistostomia	() Irrigação contínua () Uropen		
Oxigenoterapia: () Sim () Não	Qual: _____	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim () Não					
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	() _____				

18

18



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Adelmo</i>	<i>av</i>	<i>sintos</i>
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	<i>24/11/19</i>
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>SM</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>Nº 10</i>	<i>06°</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>18/11/19</i>	<i>06 NTF</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>23</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		<i>SN 13:10</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>clorane 40mg 1x sc</i>		<i>18</i>
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-1918/RR

(Assinatura)
Keityany P. Piz
Téc. de Enfermagem
CAREN-RR 628987C

SINAIS VITAIS	P.A.	P.	Tax	F.R.
6 H	130x60	78		
12 H	149/60	74	36,2	
18 H	159x69	81	36,6	19
23 24 H	197x86	89		

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**

23h - Paciente cl. Fortes dores no Perna

farto 16/11/19

10 ASR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Condado Jefé Dantas, 644 - Barra Vista - RR

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

18

Bloco: F	Data: 24.01.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adilene dos santos		idade:	Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula-aerosol () Gotícula-perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

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

18

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScrição MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN		
PACIENTE		ADELMO FILgueira DOS SANTOS				
AGNÓSTICO		FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO				
ALERGIAS		HAS	DM2			
IDADE	72A	LEITO	F18	DATA		25/01/2019
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SM
2	AVP					Martin
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N					SAJ
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N					
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					12
12	CURATIVO DIÁRIO					
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ					12
14						
15						12
16						
17						12
18						
19						12
20						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.						
# SOLICITADO :						
# CONDUTA: MANTIDA						
SINAIS VITAIS # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO FR						
6H	PA	FC	FR	TEMP	Dr. MARCELO MARQUES Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM 19167-R/2	
12 H	145/62	79	19 ppm	36,5°C		
18 H	140/68	89	18	36°C		
24 H	149/73	96	-	36,3°C		
06 HS	160/85	89	-	36 °C		

10 ASR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Conselheiro João Penteado, 444 - Rio das Ostras - RJ

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

18

Bloco:	F	Data:	25.01.19	Enfermaria:		Leito:	
Nome Completo:	Adelmo Filgueiros dos Santos			idade:		Sexo:	() F (X) M
Procedência:				Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não				() Padrão () Contato () Goticula-aerosol () Goticula-perdigotos			
Alergia: () Sim () Não				Qual(is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não				Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não				Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação				() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensivo	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() P脉lo Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VD () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	() Ausente	() Colostomia
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente	() Constipação	() Melena
() Afibril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia	() Ausente	
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatus: () Presente () Ausente		
() Hiperpirexia					
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acidótica	() Edema Local:		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não					
Região:			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematuria		
Oxigenoterapia () Sim () Não	Qual:	() Dispneico	() Cistostomia () Irrigação contínua	() Uropen	

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: () Sim () Não	Locat:	Data:	Trocarn em:
Cateter Central: () Sim () Não	Locat:	Curativo realizado em:	Trocarn em:
Sinais de Infecção no sítio da punção: -das: () Sim () Não () SNG	() Sim () Não		
eno de:	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem	
Cateter Vesical: () Sim () Não	Aspecto da secreção:	Quantidade:	
Prótese: () Sim () Não	Data da Instalação:	Trocarn em:	
	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 intereritide da pele prejudicada | () | () |

Adelmo dos Santos

F=18

	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA	HGR Hospital Regional de Roraima
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
	PRESCRIÇÃO MÉDICA	

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Adelmo dos Santos			
DIAGNÓSTICO	Fratura tibia e peroné com contusão para derrame			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	72	LEITO	18	
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	pp		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	pp		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	15-18-21-06		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N		
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			
14	CURATIVO DIARIO	verificar		
15	Manter tos e expectoração.	S/N		
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

Evolução médica:

SINAIS VITAIS					Josilema S. Galvão	MÉDICO RESIDENTE EM
6 H	130x70	91	36,0°C	19	CONTINUA	ORTOPEDIA E
12 H	140x69	92	36,3	19		TRAUMATOLOGIA
18 H	130x60	83	36,1°C	20sp		
24 H	140x60	93	36,5°C			

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

Idoso	<input checked="" type="checkbox"/>	Data	26.01.19	Entrada		Saída	18
Nome completo	Adelmo dos Santos			Entrada		Saída	
Principais queixas				Entrada		Saída	
Alimentação sólida - adequada	<input type="checkbox"/>	Sim	Não	Entrada		Saída	
Alergia	<input type="checkbox"/>	Sim	Não	Entrada		Saída	
Necessidade de interprete	<input type="checkbox"/>	Sim	Não	Entrada		Saída	
Possui acompanhante	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	Não	Entrada		Saída	
Transportação	<input type="checkbox"/>	Sim	Não	Entrada		Saída	

SISTEMA NEUROLOGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input checked="" type="checkbox"/> Conscient	<input checked="" type="checkbox"/> Cerebral	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
<input type="checkbox"/> Fadigado	<input type="checkbox"/> Tontura	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
<input type="checkbox"/> Atordoado	<input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Pupilas	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Confusão	<input type="checkbox"/> Náuseas	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Desconforto	<input type="checkbox"/> Convulsões	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Desconforto	<input type="checkbox"/> Pupilas	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Bradicardia	Palpitação	
REGULAÇÃO TÉRMICA			ALIMENTAÇÃO SISTEMA DIGESTIVO			
<input checked="" type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Soprotoxico	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	Diarreia	Palpitação	
<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Soprotoxico	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	Diarreia	Palpitação	
<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Soprotoxico	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	Diarreia	Palpitação	
<input type="checkbox"/> Letargia	<input type="checkbox"/> Soprotoxico	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	Diarreia	Palpitação	
CARACTERÍSTICAS DA PSTE			REFLACATÓRIO ANAL			
<input checked="" type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestésica	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Alucinórica	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
CICATRIZ PESSOAL			SISTEMA URINÁRIO / GUERRE			
<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinência urinária	Incontinência urinária	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinência urinária	Incontinência urinária	Palpitação	
CARACTÉRISTICAS DA PSTE			REFLACATÓRIO ANAL			
<input checked="" type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestésica	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
<input checked="" type="checkbox"/> Alucinórica	<input type="checkbox"/> Hidropefia	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Náuseas	Palpitação	
CARACTERÍSTICAS DA PSTE			SISTEMA RESPIRATÓRIO			
<input checked="" type="checkbox"/> Eufônico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	Palpitação	<input checked="" type="checkbox"/> Disponível	Disponível	Palpitação	
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual:	<input checked="" type="checkbox"/> Ambiente	Ambiente	Palpitação	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓTESES E PRÓTESES						
Cateter Periférico:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	MSE	Data:	25.01.19	
Cateter Central:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:		Cateterizado em:		
Síntese de infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Não			
Sondas:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	ENQ:	SGE 15ml 15ml 15ml	GTT:	<input type="checkbox"/> 15ml	
Aspirado:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Cateter Vesical:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Aspecto da urina:		Quantidad:		
Próteses:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Diámetro:				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM						
Deglutição:	Parâmetros normais					
Risco de infecção bacteriana:	Defeito na higiene e alimentação					
Níveis de glicose normais:	Parâmetro de nutrição adequado					
Nível de desequilíbrio líquido - líquido:	Defeito na hidratação					
Volumen de líquido excessivo:	Excesso de líquido no organismo					
Volumen de líquido deficiente:	Defeito na hidratação					
Eliminação urinária prejudicada:	Parâmetros normais de eliminação					
Excreta:	Defeito na eliminação					
Incontinência intestinal:	Risco de desequilíbrio hidroterminal					
Parâmetro de sono prejudicado:	Defeito na higiene					
Mobilidade física prejudicada:	Defeito na mobilidade					
Integridade cutânea prejudicada:	Defeito na respiração					

Deglutição:	Parâmetros normais					
Risco de infecção bacteriana:	Defeito na higiene e alimentação					
Níveis de glicose normais:	Parâmetro de nutrição adequado					
Nível de desequilíbrio líquido - líquido:	Defeito na hidratação					
Volumen de líquido excessivo:	Excesso de líquido no organismo					
Volumen de líquido deficiente:	Defeito na hidratação					
Eliminação urinária prejudicada:	Parâmetros normais de eliminação					
Excreta:	Defeito na eliminação					
Incontinência intestinal:	Risco de desequilíbrio hidroterminal					
Parâmetro de sono prejudicado:	Defeito na higiene					
Mobilidade física prejudicada:	Defeito na mobilidade					
Integridade cutânea prejudicada:	Defeito na respiração					

F=18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>Joelma Oliveira de Souza</i>			
AGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	18	DATA	<i>12/01/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SN</i>
2	SF 0,9% 500ML EV S/N			
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H <i>18/01/06</i>			
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>SN</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	MORFINA 10 MG + 9ML AD- 4 ML 8/8 S/N (CASO NÃO TENHO O ITEM 9)			
14	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV <i>18/01/06</i>			
15	<i>Joelma Oliveira de Souza</i>			
16				
17				
18				
19				
20				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	<i>T</i>
12 H				
18 H	90x65	81	22	38,8
24 H	140x60	83	20	35,5C
CGH 115x64 82				

J 8

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN
PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	72A	LEITO	F18	DATA 28/01/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SM
2	AVP			Mantida
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N			
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N			
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ			1x/dia
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
<u>Evolução médica:</u>				
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
# SOLICITADO :				
# CONDUTA : MANTIDA				
<u>SINAIS VITAIS</u> # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO FR				
12 H	110x60	82	38	36,6P.
18 H	139/61	87	-	36,4
24 H	140x80	100	-	36,8O
Dr. MARCELO MARQUES Residente de Ortopedia e Traumatologia				

069 - 120x60 - 90 —

Keityann P. Paz
TAC da Fision

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Condado 3160 Barreto, 434 - Bar. Vista - RJ

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCO ABCD/EF

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Mano D'Ávila, 611 - Boa Vista - RR



GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos brasileiros"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SETOR DE RADIOLOGIA - HGR

NOME: Adelmo Filgueira Dos Santos SEXO: M IDADE: 73Y
Localidade: LEITO 18 Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 28-01-19
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL DIREITO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Indicação:

Relatório

- Fratura obliqua completa transtrocantérica associando-se a avulsão dos grande e pequeno e grande trocanteres, e cominuição.
- Acetáculo e cabeça femoral sem alterações.

Boa Vista,

Data do relatório: 28/01/2019

Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA
CRM - 743 /RR

18

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN		
PACIENTE ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS						
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO						
ALERGIAS		HAS	DM2			
IDADE	72A	LEITO	F18	ITEM	DATA	
					29/01/2019	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO	
2	AVP				5M	
7	ONDASENTRONA 1'AMP EV 8/8H S/N				manhã	
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N					
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN	
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CURATIVO DIÁRIO					
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				12	
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE						
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.						
# SOLICITADO:						
# CONDUTA: MANTIDA						
SINAIS VITAIS						
#	PA	FC	FR			
12 H	160x76	84	30° U	T.e.		
18 H	152x66	90	31	36.2		
24 H	160x100	86	-	36.7C		
06hs	112x58	82	7	35.9C		

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

Dr. MARCELO MARQUES
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



18

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

Bloco: F	Data: 29.01.18	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			SISTEMA ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() V.O () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente	() Colostomia	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotensão	() Distendido () Globoso	() Flácido
() Normocoada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço () Timpânico	
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acidótica	() Edema Local:		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropêni		
() 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:	Trocár em:		
Cateter Central: () Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocár 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:	Trocár em:			
Prótese: () Sim () Não	Tipos:	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 | () _____ |



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	adilson lopes da silva	
DIAGNÓSTICO		
ALERGIAS		
IDADE	72 ANOS	MAS LEITO
ITEM	PREScrição	NEGA 13 DM2 DATA 20/01/19 NEGA
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	SMD 18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	22
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	{ SN }
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	14 22 06
10	SSV + CCGG 6/6 H	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	{ SN }
14	CURATIVO DIARIO	
15	Floriano 60/14 50 110 dce	
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
EVOLUÇÃO MÉDICA:		
Ao bloco para programação cirúrgica		

SINAIS VITAIS	P.A	P	TAX	F.R.
6 H	175/79	70	36°C	-
12 H	180x70	77	36,5	-
18 H	154x69	79	36°C	19
24 H	137/65	89	36,2°C	-

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
Ricardo Carvalho Esquemana Júnior
Médico CRM 100

Ricardo Carvalho Esquemana Júnior
Médico CRM 100

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 144 - São Vicente - SP

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

Bloco:	F	Data:	30.01.19	Enfermaria:		Leito:	
Nome Completo:	Adelmo dos Santos		Idade:		Sexo:	() F	(X) M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:						
Isolamento ou Precaução:	() Sim	() Não	() Padrão	() Contato	() Gotícula - aerossol	() Gotícula - perdigotos	
Alergia:	() Sim	() Não	Qual(is):				
Necessidade de Intérprete?	() Sim	() Não	Qual idioma:				
Possui acompanhante:	() Sim	() Não	Obs:				
Deambulação:	() Normal	() Sem deambulação	() Acamado	() Cadeira de rodas	() Fraca	() Comprometida/cambaleante	

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensivo	() Hipertenso	PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VD	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	ACEITAÇÃO DA DIETA:	() Sim	() Não () Parcial	
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES:	() Presente	() Ausente	() Colostomia
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia	() Constipação	() Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	FLATOS:	() Presente	() Ausente	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico	
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	RUIDOS HIDROAÉREOS:	() Presente	() Ausente	
() Acianótica	() Edema Local:		VISCEROMEGLIAS:	() Sim () Não	FO: () Sim	() Não
Úlcera por pressão:			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
() Sim	() Não		() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria
Região:			() Poliúria	() Disúria	() Colúria	() Hematuria
Curativo realizado:	() Sim	() Não	() Cistostomia	() Irrigação contínua		() Uropênia
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:		Trocár em:	
Cateter Central:	() Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:		Trocár em:	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim () Não	() 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:		Trocár 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 | () _____ |
| () Diarréia | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () _____ |
| () Incontinência intestinal | () Dor aguda | () _____ |
| () Padrão de sono prejudicado | () Dor crônica | () _____ |
| () Mobilidade física prejudicada | () Náusea | () _____ |
| () Integridade da pele prejudicada | () Risco de broncoaspiração | () _____ |
| () Risco de integridade da pele prejudicada | () Risco de infecção | () _____ |



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



18

DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN
PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO			
ALERGIAS				
IDADE	72A	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	F18	DATA	31/01/2019
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO		
2	AVP	SAD		
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N	manhã		
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N	23:30		
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	23:30		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SAB 23:35		
11	SSVV + CCGG 6/6 H	11:30 23:30		
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ	16		
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	182/80	72 bpm	19 mmHg	36,3°C
18 H	160/90	72		36,6
24 H	180x80	74	20	36,5
06 H	110x60	71	20	36,4°C

Dr. MARCELO MARQUES
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

18/01/2019 para a noite

FC: 90 -

18/01/2019 para a noite



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

18

Bloco: F	Data: 31.01.18	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo Filgueiras dos Santos		Idade:	Sexo: () F (X) M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
			Evacuações: () Presente () Ausente	() Colostomia	
REGULAÇÃO TÉRMICA			() Normal () Diarreia () Constipação	() Melena	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente		
() Febril	() Febre	() Pirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hiperpirexia			() Normotenso () Ascítico	() Distendido () Maciço	() Globoso () Flácido
			Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
			Visceromegalias: () Sim () Não	FO: () Sim	() Não
CARACTERÍSTICAS DA PELE			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Espontânea () Poliúria	() Anúria () Disúria	() Oligúria () Hematúria
() Normoscórica	() Hipocorada	() Hipercorada	() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Uropen
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica			
() Acianótica	() Edema Local:				
Úlcera por pressão: () Sim () Não					
Região:					
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES		
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual:			
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local:	Data: _____			Trocár em: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local:	Curativo realizado em: _____			Trocár 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:		Trocár 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 | () _____ |
| () Diarréia | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () _____ |
| () Incontinência intestinal | () Dor aguda | () _____ |
| () Padrão de sono prejudicado | () Dor crônica | () _____ |
| () Mobilidade física prejudicada | () Náusea | () _____ |
| () Integridade da pele prejudicada | () Risco de broncoaspiração | () _____ |
| () Risco de integridade da pele prejudicada | () Risco de infecção | () _____ |

18



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



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	09/	DN
PACIENTE ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS			

AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

DM2

DATA

01/02/2019

1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO
2	AVP	SM
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N	Manitu
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N)
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	
14		46.
15		
16		
17		
18		
19		
20		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 181823

SINAIS VITAIS

#	PREVISÃO DE ALTA	SE	PREVISÃO	FR	T
6 H	PA	FC			
12 H	133x53	68	20	36,0	
18 H	140x70	76		36,6	
24 H	150x60	70		36,2	

Dr. MARCELO MARQUES
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

06hs PA 139 x 67
P 79 T 36,1C



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

Bloco:	F	Data:	01.02.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Adelma Figueiros dos Santos		Idade:	Sexo: () F () M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:				
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos				
Alergia: () Sim () Não	Qual(is): _____				
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma: _____				
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs: _____				
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante					

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensivo	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	() Aceitação da dieta:	() Sim () Não () Parcial	() GTT () NPT
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia	() Constipação () Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	() Flatos:	() Presente () Ausente	
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso () Flácido
() Normacorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	() Ruidos Hidroaéreos:	() Presente () Ausente	
() Aclanótica	() Edema Local:		() Visceromegalias:	() Sim () Não	() FO: () Sim () Não
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:			() Espontânea	() SVD	() Anúria () Oligúria
Curativo realizado: () Sim () Não			() Poliúria	() Disúria	() Colúria () Hematúria
FO: () SIM () NÃO			() Cistostomia	() Irrigação contínua () Uropêna	
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: _____	
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	() _____
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____

SINAS VITAI'S								
6H	140 X 13	80	36.2	36.2	36.2	36.4C	36.4C	36.4C
12H	145 X 13	75	36.2	36.2	36.2	36.4C	36.4C	36.4C
18H	156 / 15	84	36.2	36.2	36.2	36.4C	36.4C	36.4C
24H	151 X 60	73	36.2	36.2	36.2	36.4C	36.4C	36.4C

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ao bloco para programação cirúrgica

EVOLEGADO MEDICA:

1	DATA DE ADMISSAO	DIH	DN	DI	PRESRICAO	DIADE	ALERGIAS	DIAGNOSTICO	PACIENTE
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia								
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H								
4	TILATIL 20mg 12/12hs								
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N								
6	TRAMAL 100mg + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gls) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA								
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)								
8	RANTIDINA 50MG EV 8/8HS								
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)								
10	SSW + CCG 6/6 H								
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG								
12	BUDWE								
13	CURATIVO DIARIO								
14	GRANULAS								
15	CLIPAS								
16	COLARINA								
17	COLARINA								
18	COLARINA								
19	COLARINA								
20	COLARINA								



SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral do Roraima

18

18

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DM	
PACIENTE	<i>A del Pino</i>	<i>des Paula</i>		
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	
IDADE		LEITO	19	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5ND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1x/dia 8/8 horas.			10/04
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			10/04
4	TILATIL 20mg 12/12hs			10/04
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			5N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			5N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			5N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			14 06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			14 06
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Ranitida
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			5N
14	CURATIVO DIARIO			Curativo
15	<i>Opanone 10 mg 01x dia ao dia</i>			16
16	<i>metaxidona 10 mg 01x dia 8/8 horas.</i>			14 06
17	<i>Quempowayl 60 mg 01x dia 14/04 des.</i>			18 06
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
Ao bloco para programação cirúrgica				

= PD FC TAX

SINAIS VITAIS	PD	FC	TAX
6 H	145x64	91	36°
12 H	137x63	77	36°C
13 H	134x65	80	36°C
24 H	155x71	85	37.4°C

*Adm. 20/04/2014 Morais
 Enfermeira
 COREB/RN/00017-E*

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN
PACIENTE ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	72A	LEITO	F18	DATA 04/02/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SM
2	AVP			Mantida
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N			SN
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N			
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			1660
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

PROCEDIMENTAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6 H	PA	FC	PR.	
12 H	140x80	79	36°C	
18 H	143x78	80	36,2°	59
24 H	130x60	88.	36,18°C	21
06 H	140x60	83.	36,42 - 20	

Dr. MARCELO MARQUES
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



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

Bloco:	F	Data:	04/02/19	Enfermaria:		Leito:	18
Nome Completo:	Adelmo dos Santos		Idade:		Sexo:	() F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Procedência:			Hipótese diagnóstica:				
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não			() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos				
Alergia: () Sim () Não			Qual(is):				
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não			Qual idioma:				
Possui acompanhante: () Sim () Não			Obs:				
Deambulação: () Normal () Sem deambulação			() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante				

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR				
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC:	
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertenso	PA:	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso:	
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT	
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta:	() Sim () Não	() Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações:	() Presente () Ausente	() Ausente	() Colostomia	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia () Constipação	() Melena		
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos:	() Presente () Ausente			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL				
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotensão	() Distendido	() Globoso	() Flácido	
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpântico		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroáreos:	() Presente () Ausente	() Ausente		
() Acianótica	() Edema Local:		Visceromegalias:	() Sim () Não	FO: () Sim () Não	() Não	
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
Região:			() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria	
Curativo realizado: () Sim () Não		FO: () SIM () NÃO	() Poliúria	() Disúria	() Colúria	() Hematuria	
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Uropênia		
Oxigenoterapia () Sim () Não		Qual:					
SISTEMA RESPIRATÓRIO			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
Cateter Periférico: () Sim () Não			Local:	Data:		Trocár em:	
Cateter Central: () Sim () Não			Local:	Curativo realizado em:		Trocár em:	
Sinais de Infecção no sítio da punção:			() Sim () Não				
Sondas: () Sim () Não () SNG			() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem			
Járemo de:			Aspecto da secreção:			Quantidade:	
Cateter Vesical: () Sim () Não			Data da Instalação:			Trocár em:	
Prótese: () Sim () Não			Tipo:			Locat:	

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	()

18

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, 2000 - Centro - RR - CEP 66010-000



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	
IDADE		LEITO	DM2	NEGA
ITEM	PREScrição			
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			<i>SN</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			<i>AC 18 Manhã</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			<i>24h D6</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN			SUSPENS
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			<i>7</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			<i>SN</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			<i>15</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			<i>15</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
14	CURATIVO DIARIO			
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAx
6 H			
12 H	141/70	78	36,7
18 H	170/82	70	36,6
24 H	130/70	83	36,1°C
	18/107	70	36,6°C
	16/107	70	36,6°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



18

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

Bloco: F	Data: 05.02.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: () F (X) M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula-aerosol () Gotícula-perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotoreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente	() Colostomia	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia	() Constipação	() Melena
() Febril	() Febre	() Fírexia	Flatos: () Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso () Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Aciánótica	() Edema Local:		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:			() Espontânea () SVD	() Anúria () Oligúria	
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Poliúria () Cistostomia	() Colúria () Hematória	() Uropênia
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Irrigação contínua		
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual:	SISTEMA RESPIRATÓRIO		
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local:	Data:	() Ar ambiente	() Traqueostomia	
Cateter Central: () Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:		Trocarn em:	
Sinais de infecção no sítio da punção:					
Sondas: () Sim () Não () SNG	() Sim () Não				
Dreno de:	() SNG () SNE () SOE () GTT		() Lavagem	() Sifonagem	
Cateter Vesical: () Sim () Não	Aspecto da secreção:			Quantidade:	
Prótese: () Sim () Não	Data da Instalação:			Trocarn em:	
	Tipo:			Local:	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
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	()		()		



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



18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE	<i>Alf. Atto</i>	MEDICA	DIH	DN
DIAGNÓSTICO	<i>br. flauts</i>			
ALERGIAS				
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	LEITO	18	DATA	<i>002/14</i>
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			<i>5MD</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			<i>16</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs			<i>18 NTF</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			<i>16</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			<i>3 SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			<i>14.</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			<i>22</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			<i>20</i>
10	SSVW + CCGG 6/6 H			<i>3 SN</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			<i>16</i>
14	CURATIVO DIARIO			<i>16</i>
15	<i>Manan 10/14 8L 1x dia</i>			<i>16 NTF</i>
16				
17				
18				
19				
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
Ao bloco para programação				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITais				
6 H	150x80.	56	35-	
12 H				
18 H	961/84	77	35.9	
24 H	110x70	67	36-	

~~MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.~~



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

18

Bloco:	F	Data:	06.02.19	Enfermaria:		Leito:	
Nome Completo:	Adelmo dos Santos		Idade:		Sexo:	() F	(<input checked="" type="checkbox"/> M)
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:						
Isolamento ou Precaução:	() Sim	() Não	() Padrão	() Contato	() Goticula - aerosol	() Goticula - perdigotos	
Alergia:	() Sim	() Não	Qual(is):				
Necessidade de Intérprete?	() Sim	() Não	Qual idioma:				
Possui acompanhante:	() Sim	() Não	Obs:				
Deambulação:	() Normal	() Sem deambulação	() Acamado	() Cadeira de rodas	() Fraca	() Comprometida/cambaleante	

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso	PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Fisiiforme	() Arritmico	Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia			
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia	() Constipação	() Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente	() Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico	
() Anictérica	() Ictérica	() Gianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente			
() Aclanótica	() Edema Local: _____		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não			
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
Região: _____			() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria
Curativo realizado: () Sim () Não			() Poliúria	() Disúria	() Colúria	() Hematúria
FO: () SIM () NÃO			() Cistostomia	() Irrigação contínua () Uropêna		
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: _____	Trocarn 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	() _____
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			HGR	
		PREScriÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	Fist. Transverso contínuo feva arte					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	72 anos	LEITO	Fix	DATA	07/02/2019	
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Mauricio
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					16 20 06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENS
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					
14	CURATIVO DIARIO					
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA					
16						
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA: 10 mg EV 8/8h (S/N)						
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA						

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	F	MEDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
6 H	100x80	69	36,7°	100	Dr. Marcus Brunner CRM 1917/RR
12 H	130x70	85	36°C		
18 H	132x75	82	36,2	19	
24 H	154x74	69	36,7		

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carijó 1000 Barra, 44 - Rio Vista - RJ

18



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

Bloco: F	Data: 07.02.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo Felgueiras dos Santos	Idade:	Sexo: () F () M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensivo	() Hipertenso	PA: _____
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso: _____
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim	() Não	() Parcial	
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES: () Presente () Ausente () Colostomia			
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia	() Constipação	() Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente	() Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpântico	
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente	() Ausente		
() Acianótica	() Edema Local: _____		Visceromegalias: () Sim () Não	FO: () Sim	() Sim	() Não
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
Região: _____			() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Poliúria	() Disúria	() Colúria	() Hematúria
			() Cistostomia	() Irrigação contínua		() Uropêni
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	() _____
() Diarréia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____

18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
 SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLO
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN
PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	72A	LEITO		DATA
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD
2	AVP			Mantida
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N			?
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N			(SN)
9	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + COGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIARIO			
13	CLEXANE 40MG SC IX/DIA			06
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Marcelo Marques
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 HGR/RR

REGISTRO MÉDICO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS				
#	PREVISÃO DE ALTA	PA	FC	FR
6 H	SEM PREVISÃO	155/74	80	—
12 H	—	155/74	80	36,3
18 H	—	155/62	79	36,3
24 H	—	155/70	77	36,4
06:	130/70	85.	20	36,2

as 15:30
 Realizado a traço d.
 AVP.
 Pacote no leito, diviso.
 Modo SSVV e adm.



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

Bloco: F	Data: 08.02.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerossol () Goticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is): _____		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma: _____		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs: _____		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatus: () Presente () Ausente		
() Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpâniaco		
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região: _____			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
() Eupneico () Bradipneico			() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
Oxigenoterapia: () Sim () Não	Qual: _____	SISTEMA RESPIRATÓRIO			
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			
eno 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 glicémia 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 | () |

18

FJ8



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE			
DIAGNÓSTICO	<i>ext. ilíaco f/ quebra dos pântanos</i>		
ALERGIAS	<i>f/ traus fuscocantos semin. bruto</i>		
IDADE	<i>72</i>	HAS LEITO	NEGA DM2 DATA <i>9/02/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	SN	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	10	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	10	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gls) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	SN	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	14.22.06	
10	SSV + CCGG 6/6 H	Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN	
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>Permaneço no 1º piso 1x ao dia.</i>	Curativo	
16		X	
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS	T.	PA	P
6 H			
12 H	35.8°C	127x63	76
18 H	35.7°C	158x68	85
24 H	36.0°C	140x70	90
	36.2°C	130x70	80

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	ADELMO FILgueira DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO		DATA 10/02/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1.	DIETA ORAL LIVRE		5 AM	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		10 AM	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12 PM	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN			
6	TRAMAL 100MG + SE 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10000 EV 8/8h TS/N			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			
14	CURATIVO DIARIO			
15	OFLAXANE 400 MG SC X 10 DIA			
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR DIANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 30/TIRR

SINAIS VITAIS	P.A.	FC	T
6 H	140x60	82	
12 H	132x64	79	35.4
18 H	140x60	78	35.4
24 H	150x80	80	36.0

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN	
PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	72A	HAS	F18	DM2	
ITEM					DATA
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				<i>SM</i>
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N				<i>madrugada</i>
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N				<i>?</i>
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				<i>16</i>
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA	PA	FC	FR	T
6 H	140/80	85	20	36,8°C
12 H	140/80	85	=	36,8°C
18 H	163/98	88	=	35,9°C
24 H	153/66	99	=	36,8°C

Dr. MARCELO MARQUES
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

06:00 PA: 140x70 mmHg P = 90 T = 36,1°C *José S. Galvão*
Tratamento de emergência
Coreto da emergência



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE:

ITEM

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

12/02/2019

PREScriÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SMD

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 CEFALOTINA 1G EV 6/6H

12 18 24 06

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

SUSPENS

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN

23h

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8 H S/N

SN

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14 CURATIVO DIARIO

15 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

16h

16

17

18

**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250-2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI,
351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA**

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

15:36 - Realizado acesso venoso periférico mmgs e, reles do
(SEM EFETO)

Terezinha R. Batista
Téc. Enfermagem
CRM RR 71679

Terezinha R. Batista
Téc. Enfermagem
CRM RR 71679

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TC
6 H	130x60	81	22 rpm	36,5
12 H				
18 H	143x68	84	19	36,2
24 H	140x60	83	21	36,6

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
CRM 197100

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 197100

Luzia Alves da Costa
Técnica Enfermeira
CRM 197100



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

18

Bloco: F	Data: 12.07.18	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelmo Filgueira dos Santos		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Goticula - aerosol () Goticula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma _____		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs: _____		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEURÓLOGO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____	
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertenso	PA: _____	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso: _____	
PUPILAS				ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE () GTT () NPT			
() Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA				Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia			
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena				
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatus: () Presente () Ausente				
CARACTERÍSTICAS DA PELE				REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotensão	() Distendido () Globoso	() Flácido		
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço () Timpânico			
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente				
() Acidotica	() Edema Local		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não				
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
Região: _____			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria				
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO	Qual: _____	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria				
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen				
Oxigenoterapia () Sim () Não	Qual: _____		SISTEMA RESPIRATÓRIO				
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____				
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____				
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não							
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem					
Uréno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____					
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da instalação: _____	Trocárem: _____					
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		() _____	



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Adelmo Filgueira dos Reis</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	NEGA
IDADE	LEITO	(18)	DATA <i>13/01/19</i>
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	SAM	
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1000ml	818 horas. 14/01/06	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	p/p.	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	p/p.	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	7	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/Bh SE DOR INTENSA	SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	7	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	14/01/06	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	7	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	3 SN	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	7	
14	CURATIVO DIARIO	18/06	
15	FIBER mas 1 amo tpo fralda	18/06	
16	<i>Diab. Celíaco com gg</i> 01/01/06	01/01/06	
17		01/01/06	
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MEDICA:

1º bloco para programação cirúrgica

*Pedi at seu funeral d'erre o
Pres ouro ago 6*

*Paulo Cesar da Cunha Júnior
Médico Cirurgião - 1900*

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	111/67	70	35.1
18 H	Fora do horário		
24 H	1010+90	36.1	

*MEDICO RESIDENTE-SM
ORTOPEDIAS
TRAUMATOLOGIA.*

10/ABR/2019

GENTE SEGURADORA SIA
Av. Getúlio Vargas, 665 Centro, CM - Boa Vista - RR

BLF



F-18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HGL

Eu Silvana Flávia de Souza CPFnº _____

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente: Silvana Flávia de Souza

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Góes, 44 - Boa Vista - RR

BLF

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HGL

Eu _____ CPFnº _____

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

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: 085.355.152-91 Nome completo da vítima: Adelmo Filgueira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: <input type="text"/> Adelmo Filgueira dos Santos		CPF: <input type="text"/> 085-355-152-91
Profissão: <input type="text"/> APOSENTADO	Endereço: <input type="text"/> RUA-CC 18- conj. cidadão	Número: <input type="text"/> 438 Complemento: <input type="text"/> CASA
Bairro: <input type="text"/> LARCA moreirense	Cidade: <input type="text"/> Bon Vista	Estado: <input type="text"/> RR CEP: <input type="text"/> 69.318-085
E-mail: <input type="text"/> vando.silve638@gmail.com		Tel.(DDD): <input type="text"/> (65) 991144021

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA ORGAÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	10 ABR 2019
AGÊNCIA: <input type="text"/> 3027	CONTA: <input type="text"/> 0008431
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
GENO SEGURADORA S/A Av. Constituição, 414 - Rio Verde - PR	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMPLANTO DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000729/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/03/2019 10:26 Data/Hora Fim: 22/03/2019 10:44

Origem: Guarda Municipal N° do Documento: ROP GCM Nº 001818 Data: 09/01/2019

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 09/01/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA MAJOR ECILDON PINTO

Ponto de Referência: Em frente ao atual Supermercado Confiança

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

Bairro: Laura Moreira

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: HERNADES JOSE FARIA (EN VOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 223554

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1224

Logradouro: RUA CONSTELAÇÃO

Bairro: BELA VISTA

Nome Civil: INSP. FILHO/ROMU/ROP GCM Nº 001818 (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Guarda Municipal/Civil

Nome da Mãe: ----

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS (VITIMA , EN VOLVIDO , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Novo Aripuanã

Sexo: Masculino

Nasc: 18/02/1946

Profissão: Aposentado

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Filgueiras dos Santos

Nome do Pai: Antonio Nazaré dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Fisicas: 085.355.152-91

RG - Carteira de Identidade: 188363

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 434 - Boa Vista - RS

Nº: 000729/2019-A01

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Logradoiro: RUA CC 18
Bairro: Laura Moreira (Conjunto Cidadão)
Telefone: (95) 99133-1114 (Celular)

Nº: 438

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros Meios de Transporte

Subgrupo Bicicleta

Fabricação Nacional

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Adelmo Filgueira dos Santos

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Hernandes Jose Farias

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME RELATO DO ROP GCM Nº 001818: "NO ENDEREÇO INFORMADO ACIMA NOS DEPARAMOS COM UM ACIDENTE ONDE O SR. HERNADES CONDUZIA UM A MOTO DE PLACA NAX 0231, VINHA SENTIDO BAIRRO QUANDO O SR. ADELMO CRUZO A SUA FRENTA OCORRENDO A COLISÃO NA BICICLETA. FOI ACIONADO O SAMU ONDE OS SOCORRISTAS EDIEL E TAMIRES FIZERAM OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS E O CONDUZIRAM AO PS. O SR. HERNADES É HABILITADO E SEU VEÍCULO ESTA EM DIAS E FOI LIBERADO NO LOCAL. ENTREGAMOS O RELATORIO A ESTE DP PRA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS."

OBS.: A VÍTIMA SENHOR ADELDO NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.

<p>Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Civil Mat 042000008</p> <p>Jefferson Inacio Araujo Responsável pelo Atendimento</p>	<p>ASSINATURAS</p> <p>DAT</p> <p>10 MAR 2019</p> <p>AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR</p>	<p>Adelmo Filgueira dos Santos (Comunicante / Vítima / Envolvido)</p>
	<p>Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) unico(a) responsável (não delegado(a)) pelo atendimento da ocorrência, que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e digo, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime na Lei Constituição do Código Penal Brasileiro."</p>	



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0060

MU
192EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: BRAVO I

EQUIPE:

End: Rua Djalma Teixeira

Patient: Adelmo Filgueira dos Santos
Nationalidade: Brasileiro
Endereço: CC-13

Idade: 72 a Sexo: Mae

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Bairro C. Cidadão

Nº 477

DATA 09/01/19

HORA J/9:20:44

BASE () VIA ()

() RÁDIO

Médico(a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Heloisa

HORA J/10:20:59

() CELULAR

NOTA: SOCORRO | TRANSPORTE | ATENDIMENTO LOCAL | OUTRO PVAT

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL

- Capotamento
 Atropelamento
 Colisão AUTO x _____
 Motorista
 Passageiro Banco dianteiro
 Passageiro Banco traseiro
- PEDESTRE**
- Atropelamento
 VIA CALÇADA

AUTOMÓVEL

- Uso do cinto 10 ABR 2019
 Vítima projetada
 Vítima encarcerada
 Air Bag Acionado
- MOTOCICLETA** x **BICICLETA** x **moto**
- Colisão MOTO X
 Queda de moto
 Atropelamento
 Queda de Bicicleta
 Piloto

VIOLENCIA

- FAB
 FAF
 Espancamento
 Violência Doméstica
 Violência Sexual
 Tentativa de suicídio

OUTROS

- Ac. De Trabalho Local Trajeto
 Queda, Altura aprox.:
 Acidente Doméstico
 Queimadura Agente _____
 Afogamento
 Agressão p/ animal _____

 Outros: _____

VIAS AÉREAS

VENTILAÇÃO

CIRCULAÇÃO

AVAL. NEUROLÓGICA

- Livre
 Obstrução Parcial
 Obstrução Total
 Corpo estranho
 Edema de Glote
 Outro: _____

- Apnéia E
 Dispnéia
 Bradipneia
 Taquipneia
 Roncos
 Sibilos
 Respiração paradoxal

- Bradicardíco N
 Taquicardíco
 Arritmico
 Enchimento capilar acima de 2"
 Ausente
 Cianose central
 Cianose de extremidade

- AVDN A
 Miase
 Midriase
 Anisocoria [] D [] E
 Aparentemente Alcoolizado
 DNV

SINAIS VITais E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Inicio 21:05	110x80	74	20	98	-	-	-	-
Fim 09:44	110x80	94	20	97				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Clorótica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pélvica	Coluna Dorsal	MMSS E	MMII D		QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> CABEÇA	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoaras	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> PERÍCITO	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> TORAX ANTERIOR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input checked="" type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> TORAX POSTERIOR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fratura	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura ?	<input type="checkbox"/> GENITALIA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ampulação	<input type="checkbox"/> Ampulação	<input type="checkbox"/> MBD	<input type="checkbox"/> MBD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Alegria	<input type="checkbox"/> MBI	<input type="checkbox"/> MBI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TOTAL %	<input type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO CARDIÁCA

AVALIAÇÃO CLÍNICA

HISTÓRICO PREGRESSO

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias Negar
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Flutu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medicina de uso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

GRAVIDADE COMPROVADA

[] ILESO

[] PEQUENA

[] MÉDIA

[] SEVERA

[] LESÕES INCOMPATIVELÉS COM A VIDA

- Cancelamento
 Recusa de Atendimento
 Não se encontrava no local
 Recusa de hospitalização
 Trote
 Bombeiro no local: _____

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

Hora: 10:50

Stephanie

- Iniciada as: _____
 RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obs: _____

OBSERVAÇÕES

Condutor da Bicicleta .

- Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mota

- Pol. Cosme e Silva - PCCS
 Hosp. Santo Antônio - HCSA
 HMINSN

- Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
 Hosp. Lotte Ins - HLI
 Outros

PREFERÊNCIA DO PACIENTE

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

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

RG: _____

RG: _____

RG: _____

TERMO DE
RECUSEA

Assinatura do Paciente:

TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

TESTEMUNHA 03

10 ABR 2019

IG p/ semana:

Perda de líquido:

GENTE SEGUINDEIRA S/A
A. C. Consultado: 10 Abr 2019

GESTANTE

Movimentos fetais:

BCF:

Abertura Ocular

Outros efeitos previamente à estimulação

Abertura ocular em tons de voz normal ou em voz alta

Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos

Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência

Outros fechadores devido a fator local

Resposta Vocal

Resposta adequada relativamente ao nome, local e data

Resposta não orientada mas comunicação coerente

Palavras isoladas inteligíveis

Apenas gemidos

Ausência de resposta auditiva, sem fatores de interferência

Fator que interfere com a comunicação

Resposta motora

Cumprimento de ordens com 2 ações

Elevação do braço acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço

Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, punho predominantemente não normal.

Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, punho predominantemente claramente anormal.

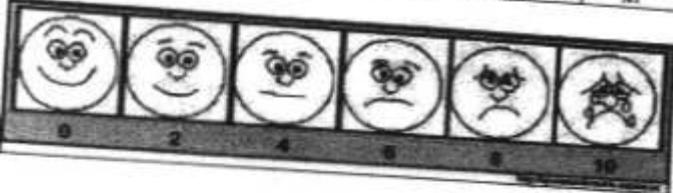
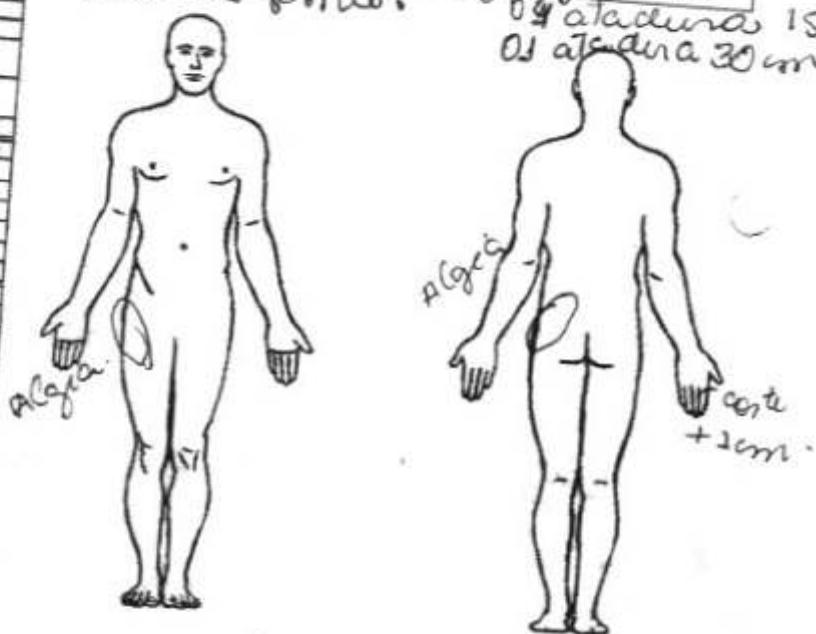
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo

Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência.

Fator que limita resposta motora

	Classificação	Pontos
Espontânea	4	
Ao Som	3	
A Pressão	2	
Ausente	1	
Não Testável	NT	

02 luvas MATERIAL E MEDICAÇÃO
 01 seringa 20 ml 01 kit
 01 dipirona ampola 01 SF 500 ml
 01 ticitac 40 mg 01 gelco 10
 2 talos femur 04 atadura 15 cm
 01 atadura 30 cm



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pet traumático colisão bicicleta x moto foi encontrado ao solo, normocorado, com avaliação primária sem alterações, restringindo algia na região da coxa + genito, foi observado um leve e lateralização da perna ①, realizando imobilização do membro + analgesia de acordo com dipirona 5g + ticitac 40 mg em PUP com SF 500 ml e CT encaminhado ao GT conforme Rm e entrou que com ciada.

SAMU - Boa Vista
PROTÓCOLO
RECENDO
Em: 16/02/19
Mora: 10:50
Stephanie

Tâmires Beardo