

# 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: 000000008431-7

---

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

09/01/2019

... Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação Reclassificação  
Verde Ass. ☐ Laranja Ass. ☐ Amarelo Ass. ☐ Verde Ass. ☐ Azul Ass. ☐  
11-01-19

Reclassificação  
Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass. ☐

Reclassificação  
Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass. ☐

1901057345	09/01/2019 21:44:04	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	16
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	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	Naturalidade
IDENTIDADE	188363	SSP/RR	17/02/1997	M		PARDA	NOVO ARIPUANA -
Mãe							BRASILEIRA
MARIA FILGUEIRAS DOS SANTOS							
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						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						ELIENE
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem Acidente com Moto Us Bike							GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Trauma Pelvis e Fêmur D Excl. Dor de Moderada a Intensa							
Exame Físico Membros BFGLOT + ASA ACV e ARS/A							
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 <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO @ Dorivon + Ibuprofeno Felt SAMU				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Condição <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:							
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> ML Análise Patológica							



Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



F

Grammaireia 14/02/2019



SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CIES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR Adelsona Silveira dos Santos

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adelsona Silveira dos Santos

6 - Nº DO FRONTEIRIO

23603

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 0 4 0 6 9 3 8 3 9 8 0 4 7

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/02/1946

9 - SEXO

masc.

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Filgueiras dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)

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

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

22

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

F. frustrocontínuo femur D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HGR

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

R. + anamnese + ex. físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

F. frustrocontínuo

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23-25 N. CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Bluck

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/09/2019

33 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Leonardo R3

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

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

CNS

CPF

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

6331 T068



F-18



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



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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Regulado  
para leito

F-17

Evolução Interna

## 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

28

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>11.01.19</b>	Enfermaria:	Leito: <b>18</b>
Nome Completo: <b>Ardelema dos Santos</b>	Idade:	Sexo: <b>X</b> F ( ) M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: ( ) Sim (X) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos			
Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs:			
Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante			

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> (X) Consciente ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> (X) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ (X) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ (X) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> (X) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> (X) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente (X) Ausente 3x ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: (X) Presente ( ) Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> (X) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso (X) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> (X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada (X) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica (X) Acianótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> (X) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> (X) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (X) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/ÚRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: (X) Sim ( ) Não Local: <b>MSE</b> Data: <b>09/01/19</b> Trocar em: _____ Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim (X) Não Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem Tubo de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ( ) Sim (X) Não Tipo: _____ Local: _____	

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

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Adelino da Silva</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL <i>h.p. colorado / h.p. gl. amarelo</i>				HORÁRIO <i>5:00</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>5:00</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<i>5:00</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>5:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>5:00</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>5:00</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				<i>5:00</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>5:00</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>manhã</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>5:00</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>manhã</i>
15	<i>Ceftriaxona 40 mg (50) 2x ao dia.</i>				<i>5:00</i>
16					
17					
18	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	144x82	74	
12 H	133x79	72	34.8°C
18 H	150x80	76	35°C
24 H	120x70	77	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*Am 1408*

*Obice feito imediatamente após  
SSVV e glicose 140*



F-18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRSCRIÇÃO MÉDICA		DIH		DN	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELINA DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	Apelmo Figueiredo das Santos Transmont.				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA 13/1/19			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18-18-18
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18-18-18
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18-18-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				5N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				5N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				5N
14	CURATIVO DIARIO				5N
15	CLOXANE 90mg SC 1x/12h				5N
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:



*[Signature]*

to show

SINAIS VITAIS	T	P	PA	R.
6 H		79	130x60	
12 H	35,7	76	120x60	21/100
18 H		86	150x80	
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

18

 <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ADELINA DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	TRANSTOCANTERICO FEMUR ⑤		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	14/1/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		80 ml
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12 18 24	06.00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12 18	06.00
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 18 24	06.00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	CLEXANE 40 mg SC 1x/dia		
16			
17			
18	<b>SE DIABÉTICO</b> 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	FR	TEMP.
6 H				
12 H	146/63 mmHg	72 bpm	19 mm	36,4°C
18 H	149x63	74	19	36,0
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 (Adelmo)				
DIAGNÓSTICO	FX TRANS FEMUR				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	LETO		DATA		
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORARIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SMD
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				24h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				06h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				22h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
9	SIMTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
20	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

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

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

MEDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CORREÇÃO E SÍMBOLO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Teixeira, 184 - Boa Vista - RR

ADELMO



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Adelmo da Silva				
DIAGNÓSTICO	Fratura do antebraço				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA	16/01/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h 18h 24h 06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h 18h 24h 06
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12h 18h 24h 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)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Fazer no 40 mg 50 100 150				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:

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	FR
6 H	95/68	80	70	18
12 H	95/77	82	75	18
18 H	138/74	87	36.2	-
24 H 23	130/60	80		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

10/03/2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Comodoro João Pereira, 441 - Rio Vista - RJ



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

18

Bloco: **F** Data: **16.01.19** Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome Completo: **Adelma 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 NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torposo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotenso	<input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midríaticas	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE
<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input checked="" type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta
REGULAÇÃO TÉRMICA			<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico			
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia			
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia					

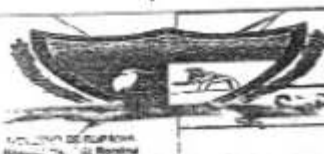
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercoreada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico
<input checked="" type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Ruidos hidroaéreos	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Acianótica	<input type="checkbox"/> Edema Local		<input type="checkbox"/> Visceromegalias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Região: _____			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen		

SISTEMA RESPIRATÓRIO		
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input checked="" type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico
<input type="checkbox"/> 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: <b>MSE</b>	Data: <b>16/01/19</b>
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem
Treno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo: _____	Local: _____

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





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



28  
6

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ADELMO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FX TRANSITO CUNTERICO FEMUR				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		DATA		17/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12 18 24 06 12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12 18 24 06 12
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24 06 12
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 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	CURATIVE 40mg SC 1X/DIA				16 NTF
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 101015

16:00 periculação e  
medicações do item  
15 nas tem na far  
= macia

Tereza A. Batista  
Téc. em  
Imagem  
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.





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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

28



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

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercoreada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____	

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

F 18

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Cidilene da Silva			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORARIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N/D	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MASTED	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			18' 24' 00" 12°	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	Sufamato		18' 24' 00" 12°	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18' 24' 00" 12°	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			ROTINA	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			ATENÇÃO	
14	CURATIVO DIÁRIO			CURATIVO	
15	Alex 4g EV 1x1d			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			ATENÇÃO	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Paulo Aguiar  
Ort. Traumatologia

Dr. Paulo  
1908



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

28

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			

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

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

<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>			
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: _____	

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>		
( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) _____
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____
( ) Risco de glicemia instável	( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene	( ) _____
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	( ) Conhecimento delirante	( ) _____
( ) 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	( ) _____

F-18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		Adelmo de Souza				
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				nao	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18:21:06	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:21:06	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18:21:06	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18:21:06	
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				Realizar	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SU	
14	CURATIVO DIARIO				Realizar	
15	Clonazepam 10 mg 50 1x ao dia				18:21:06	
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	CA	P	T	FC
6 H	138x70	77	36,5	19
12 H	142x68	79	36,3	25
18 H	134x68	75	36,2	20
24 H	140x75	81	36,4	

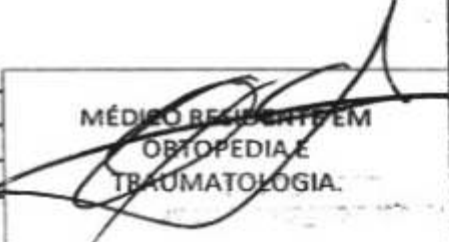
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



18

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

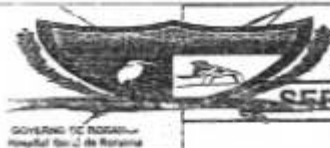
SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	128x80	93	36.8
12 H	122/60	78	35.8°C
18 H	140/70	78	35.9°C
24 H	150/80	83	35.8°C

  
 MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Rua Casarão 300 Setor 400 - Boa Vista - RR

28



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



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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	PR	T
6 H	102x80	77	19	36,2
12 H	100x80	80	19	36,2
18 H	120x81	88	19	36,5
24 H	158x77	80	19	36,5

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*[Assinatura]*



( ) Integridade da pele prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração	( ) _____
-------------------------------------	------------------------------	-----------



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



28

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>ANDRÉ LUI DE SOUZA</u>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	DATA	<u>22/11/19</u>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<u>SM</u>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<u>12° 18° 24° 06°</u>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<u>12° 18° 24° 06°</u>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<u>12° 18° 24° 06°</u>
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)				<u>SN</u>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<u>OLEXANE 40mg SC 1X/DIA</u>				<u>16</u>
16					
17					
18	<b>SE DIABÉTICO</b> 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:

*Arques*  
*Dr. W. R. R.*

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	FR.
6 H	130x60	81	36.6	18
12 H	140x50	69	35.92	19
18 H	140x67	70	36.1	-
24 H	130x69	74	36.2	-

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEdia E  
TRAUMATOLOGIA.



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

28

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

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercoreada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____	

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



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



28

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Hedmo de Santos	
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	23/01/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Mantido
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		Sup.
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		7/06.50
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)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	Clonazepam 0.5mg 1x ao dia		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:

16:00 - Suculade med. do item 15 está em falta na farmácia.

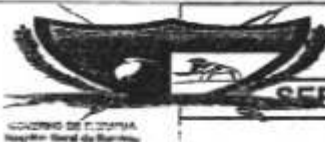
Tereza A. Batista  
Téc. Enfermagem  
COREN RR 71579

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR
6 H	160x70	77	35.9	20pm
12 H	177x64	74	36.0 C	
18 H	194x72	76	36.2 C	19.
24 H	160x70	76	37.0 C	21

MEDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.







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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		ADELMO DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	24/4/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12h 18h 24h 06h 12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		06h NTF
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		24h
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		SN 17h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	CLORANF 40mg 1x SC		18h
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. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1918/RR

Keityany P. Paz  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 628.949TE

23h- Paciente cl Fortes dores na Perna Fecho item 15

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	F.R.
6 H	130x60	78		
12 H	149/60	74	36.2	
18 H	159x69	81	36.2	19
23 24 H	147x86	89		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



GENTE SEGURO S/A  
Av. Cândido Joffe Pereira, 444 - Boa Vista - RJ



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




18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>24.01.19</b>	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <b>Adelino dos Santos</b>	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos		
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:		
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante			

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico    BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso    PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico    Pulso: _____		
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen		
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Qual: _____ <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia			<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Local: _____    Data: _____    Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Local: _____    Curativo realizado em: _____    Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____    Aspecto da secreção: _____    Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Data da instalação: _____    Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Tipo: _____    Local: _____		

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	( ) _____

28

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>						 	
GOVERNO DE RORAIMA Município de Roraima							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN			
PACIENTE <b>ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS</b>							
AGNÓSTICO <b>FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO</b>							
ALERGIAS							
IDADE	72A	HAS	DM2				
LEITO	F18	DATA	25/01/2019				
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						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CURATIVO DIÁRIO						
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ						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							
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>							
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA							
Dr. Marcelo Marques Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia CRM 191640/2							
<b>SINAIS VITAIS</b> # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO							
6H	PA	FC	FR	TEMP			
12H	145/62	79	19	36,5°C			
18H	140/68	89	18	36,0°C			
24H	149/73	96	-	36,3°C			
06H	160/88	89	-	36,0°C			
Dr. MARCELO MARQUES Residente de Ortopedia e Traumatologia							

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Camilo João Pereira, 444 - Rio Vista - RS

18



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

Bloco: **F** Data: **26.01.19** Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome Completo: **Adelmo Fulgêncio da Silva** Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ F ☒ M  
 Procedência: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos  
 Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual(is): \_\_\_\_\_  
 Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: \_\_\_\_\_  
 Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____		
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríatica <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Aciandótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen		
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>		
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Tipo de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____					

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

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

Adelmo dos Santos

F=18



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Adelmo dos Santos	
DIAGNÓSTICO	Fratura do antebraço com deslocamento	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	72	LEITO
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	10h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	10h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	10h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	10h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	10h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	10h
10	SSVV + CCGG 6/6 H	10h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	10h
14	CURATIVO DIÁRIO	10h
15	Plano de cur. de 1º ao 4º dia.	10h
16		
17		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS				
6 H	130x70	91	36.8°C	19
12 H	140x69	92	36.3	19
18 H	130x60	83	36.1°C	20sp
24 H	140x60	93	36.1°C	

Josilene S. Galvão  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA












28

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>						 	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		09/		DN	
PACIENTE <b>ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS</b>							
AGNÓSTICO <b>FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO</b>							
ALERGIAS							
IDADE <b>72A</b>		HAS		DM2			
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						12
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>							
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>							
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEÍCO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  # SOLICITADO : # CONDUTA : MANTIDA							
<b>SINAIS VITAIS</b> # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO							
12 H	110x60	82	38	36,6°C	<b>Dr. MARCELO MARQUES</b> Residente de Ortopedia e Traumatologia		
18 H	139/61	87	-	36,4			
24 H	140x80	100		36,8°C			

069-120x60-90

Keityany P. Paz  
Téc. de Enfermagem

18



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

Banco	F	Data	28.01.19	Intermediária:		Caixa:	
Nome do Cliente	Adelmo dos Santos	Sigla					X
Endereço:		Cidade / Estado					
Telefone (ou Fax)							
Razão Social	VAC	CNPJ					
Nº da conta de corrente							
Possui acompanhamento							
Outros dados							

[illegible]

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local	Data			Trocar em		
Cateter Central	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local	Data			Trocar em		
Sinais de infecção no sítio de 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"/> SDE	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> GT	<input type="checkbox"/> Sagem	<input type="checkbox"/> Sifonagem
Tubo de			Aspecto da secreção					Quantidade	
Cateter Central	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data				Trocar em		
Prótese	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	tipo						

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
Definição	Definição: alteração da integridade
Risco de alteração da equidade	Alteração da equidade: perda da integridade
Risco de alteração da integridade	Definição: alteração da integridade
Risco de desequilíbrio do volume de líquido	Definição: alteração da integridade
Volume de líquido excessivo	Definição: alteração da integridade
Volume de líquido deficiente	Definição: alteração da integridade
Formação de líquido prejudicada	Definição: alteração da integridade
Risco de constipação	Definição: alteração da integridade
Definição	Definição: alteração da integridade
Incontinência intestinal	Definição: alteração da integridade
Padrão de sono prejudicado	Definição: alteração da integridade
Mobilidade física prejudicada	Definição: alteração da integridade
Integridade da pele prejudicada	Definição: alteração da integridade



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 oblíqua completa transtrocanterica associando-se a avulsão dos grande e pequeno e grande trocanteres, e cominuição.
- Acetábulo e cabeça femoral sem alterações.

Boa Vista,  
Data do relatório: 28/01/2019

Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA  
CRM - 743 /RR



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



18

18

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
ITEM		DATA	29/01/2019

1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO
2	AVP	SN
7	ONDASETRONA 1 AMP EV 8/8H S/N	manhã
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	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

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1977/RP

SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA	FC	FR	T.c.
12 H	150 X 76	28	36.0
18 H	152 X 66	20	36.2
24 H	160 X 100	86	36.7

Dr. MARCELO MARQUES  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

06hs 112 X 58 | 82 | 35.9 C



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

18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>29.01.19</b>	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <b>Adelmo dos Santos</b>	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos		
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:		
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação	<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante		

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocofada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____	

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





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

MAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP: SF0.9% 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(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

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

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

9

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

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

14

CURATIVO DIÁRIO

15

*Glenn... to py 50 1.0 dia*

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.	T	TAX	FR.
6 H	175/75	70	36°C	
12 H	180 X 70	77	36,5	
18 H	154 X 69	79	36°C	19
24 H	137/65	89	36.2°C	-

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Carlos Eduardo de Azevedo Junior  
Médico CRM 1000





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



18

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	31/01/2019
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
7	ONDASETRONA 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		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# 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 mm	36,3°C
18 H	160/80	72	20	36,5
24 H	160x80	74	20	36,5
06H	110x60	71	20	36,4°C

Dr. MARCELO MARQUES  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

18/10 paciente em repouso

24:04 PP: 160x80  
FC: 90

da Silva Pereira  
mmpm  
1.545



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

18



Bloco: F	Data: 31.01.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adelson Fulgencio 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		

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> ( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríatica ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Acianótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen
( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> 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: _____	

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



18

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>							
<b>GOVERNO DE RORAIMA</b> <b>Presidência do Estado</b>							
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN			
<b>PACIENTE: ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS</b>							
<b>AGNÓSTICO: FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO</b>							
<b>ALERGIAS:</b>							
IDADE	72A	HAS		DM2			
LEITO	F18	DATA	01/02/2019				
ITEM							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	AVP						SMD
7	ONDASETRONA 1 AMP EV 8/8H S/N						manhã
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						46.
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.</b>							
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>							
<b># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</b> <b># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.</b>  <b># SOLICITADO:</b> <b># CONDUTA: MANTIDA</b>							
<b>Dr. Marcelo Marques</b> <b>Médico Residente</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM 131852/R</b>							
<b>SINAIS VITAIS</b>							
<b># PREVISÃO DE ALTA: SE PREVISÃO FR T</b>							
6 H	133x53	68	20	36.0			
12 H	140x70	76		36.8			
18 H	150x60	70		36.2			
24 H							

06hs PA 139 x 67  
P 79 36.1C





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

18

Bloco: F	Data: 01.02.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adeline Figueiras do 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		

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> ( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Aclanótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen
( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> 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: _____	

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

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
40 x 13	40 x 13	45 x 13	56/75	51x60
80	75	84	73	
36.2	36.2	36.4	36.4	

Médico Residente em  
 Ortopedia e  
 Traumatologia  
 Paulo Roberto de Almeida  
 R. 100, 100

Ao bloco para programação cirúrgica

EVOLUÇÃO MÉDICA:

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	20
351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%	19
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)	18
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI	17
Clonidine 40 mg (50)	16
Clonidine 16 mg (20)	15
CURATIVO DIÁRIO	14
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	12
SSV + CCGG 6/6 H	10
SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	9
RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	8
PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	7
TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	6
DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	5
TILATIL 20mg 12/12hs	4
CEFALOTINA 1G EV 6/6H	3
AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	2
DIETA ORAL LIVRE	1
DATA DE ADMISSÃO	PACIENTE
DIH	DIH
DN	DN
DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
ALERGIAS	ALERGIAS
IDADE	IDADE
ITEM	ITEM
PRESCRIÇÃO	PRESCRIÇÃO
DATA	DATA
DM2	DM2
NEGA	NEGA
HAS	HAS
LEITO	LEITO
PRESCRIÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HCR	HCR

18

18

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DM		
PACIENTE	<i>de Alfaro / das Pontes</i>					
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE			LEITO	19	DATA	03/02/19
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN
2	AVP: SF 0.9% 500ml, 1x/dia					8/8 horas. 12
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					SN
4	TILATIL 20mg 12/12hs					SN
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) 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)					SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					curativo
15	<i>Clonazepam 40 mg @ 1x a dia</i>					46
16	<i>Paracetamol 40 mg @ 8/8 horas</i>					14 22 06
17	<i>Omeprazol 40 mg @ 1x/dia</i>					18 26
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	PD	FC	TAX
6 H	145x64	91	36°
12 H	137x63	77	36°
18 H	134x65	80	36.2
24 H	155x71	85	37.4°

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	SMD	
2	AVP	Mantida	
7	ONDASETRONA 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	SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO	Rotina	
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	16h	
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 :  
# CONDUZA : MANTIDA

Dr. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1913/RR

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA			
SINAIS VITAIS	PA	FC	PR.
12 H	140x80	79	36°C
18 H	143x78	80	36,3°C
24 H	130x60	88	36,8°C
06H	140x60	83	36,4°C

Dr. MARCELO MARQUES  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia



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

18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>04.02.19</b>	Enfermaria:	Leito: <b>18</b>
Nome Completo: <b>Adelmo dos Santos</b>	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos		
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:		
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação	<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante		

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____	

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



18.147 points no extra



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

18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>05.02.19</b>	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <b>Artelmo dos Santos</b>	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos		
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual(is):		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:		
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação	<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante		

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríatica <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____	

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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



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  
DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

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(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

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

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

9

SIMETICONA GOTAS 30 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  
CURATIVO DIÁRIO

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:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

150x80

86

35mm

161/84

77

35.9

110x70

67

36

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Pablo Gustavo de Oliveira Junior  
CRM 1508

18



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

18

Bloco: <u>F</u>	Data: <u>06.02.19</u>	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <u>Adelmo dos Santos</u>	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			

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torposo ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> ( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Aciandótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> ( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>	
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: _____	

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





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	Fract. Transversária do fêmur direito	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5M
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	12h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	18h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	24h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN	SUSPENSO
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	7h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	18h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N	18h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	18h
10	SSVV + CCGG 6/6 H	18h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	18h
14	CURATIVO DIÁRIO	18h
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	18h
16		18h
17		18h
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

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19.777/R

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	FR
6 H	120x80	69	36.7°	18
12 H	130x70	85	36.0°	19
18 H	120x75	82	36.2°	19
24 H	120x70	80	36.7°	19



( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Risco de infeccção	( ) _____
----------------------------------------------	------------------------	-----------

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				
DIAGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2
IDADE	72A	LEITO		DATA
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD
2	AVP			mantida } SN
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 8/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			} 16
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
<b>SE DIABÉTICO</b> 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  
 Hospital Geral de Roraima

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	155/74	80	—	36,3
18 H	120/62	74	—	36,3
24 H	120/70	77	20	36,3

Dr. MARCELO MARQUES  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Obs: 130/70 88. 20 36,3°C

às 15:30  
 Realizado a tração  
 AVP.  
 Paciente no leito, diário  
 Monitor SSVV e adu.



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

18

Bloco: F	Data: 08.02.19	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: Adulmo 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			

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

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

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

F18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

## SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

13

DATA

9/02/19

ITEM

## PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP: SF0.9% 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(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

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

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

9

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS &gt; 160 E/OU PAD &gt; 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO

15

Paciente com 14 dias de tratamento com 1x ao dia.

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	T	PA	P
6 H			
12 H	35.80	127x63	76
18 H	35.70	158x68	85
24 h	36.0	140x50	90
	36.2	130x70	80

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA



10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

18



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	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	10/02/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00 P
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				notu
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12/18 24/06
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	ELASIL 100mg 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				notu
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				curat
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.717/RP

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	140x60	82	
12 H	132x44	75	35.2
18 H	140x60	88	35.1
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

DM2

LEITO

F18

DATA

11/02/2019

ITEM

1

DIETA ORAL LIVRE

HORÁRIO

2

AVP

7

ONDASETRONA 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 &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CURATIVO DIÁRIO

13

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

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

Ortopedia e Traumatologia

## SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/80	85	20	36,8°C
18 H	163/98	88	-	35,1°C
24 H	153/66	99	-	36,8°C

Dr. MARCELO MARQUES  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

João S. Galvão  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PR 122.222

06:00 PA: 140 x 70 mmHg P=90 T=36,1°C



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

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

12/02/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL, LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 CEFALOTINA 1G EV 6/8H

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

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)

10 SSVV + CCGG 6/6 H

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

14 CURATIVO DIÁRIO

15 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

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:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

15:36 - Realizado acesso venoso periférico mmos E, fêles do  
(SEM EFEITO)

Tereza R.A. Batista  
Téc. Enfermagem em  
Morfologia 71579

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TC
6 H	130x60	81	22rpm	36,4°C
12 H	130x60	84	19	36,2°C
18 H	140x60	83	21	36,2°C

Dr. Marcos Brunner  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 197.192

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



## 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 (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		

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b> ( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríatica ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes	<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia ( ) Hiperpirexia	<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Acianótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> ( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> 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 Uretero de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ( ) Sim ( ) Não Tipo: _____ Local: _____	

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



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	<i>Adelmo Silveira dos Santos</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	18	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SAD
2	AVP: SF0.9% 500ml <i>8/8 hrs. 14</i>		<i>2</i> 06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>2</i> 06
4	TILATIL 20mg 12/12hs		<i>2</i> 06
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		<i>2</i> 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		<i>2</i> 06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>2</i> 06
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		<i>2</i> 06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		<i>2</i> 06
10	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>2</i> 06
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		<i>2</i> 06
14	CURATIVO DIÁRIO		<i>2</i> 06
15	<i>FIBER mex 1 envelope 12/12 hrs</i>		<i>2</i> 06
16	<i>Colicidone 1g EV 12/12 hrs</i>		<i>2</i> 06
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:

1o bloco para programação cirúrgica

*Ficou com fratura de osso  
Prescreve após 6*

*Pedro Carlos Chaves Junior  
Médico CRM 1500*

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	111/67	70	35.1
18 H	<i>para o 2o TO</i>		
24 H	110/70	36	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Pedro Carlos Chaves Junior  
Médico CRM 1500

18

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Comodoro João Pereira, 44 - Boa Vista - RS

BLF



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

**RETAGUARDA/HLI**

Eu Adelina Figueiredo dos Santos CPF nº \_\_\_\_\_

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 Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente: Adelina Figueiredo dos Santos

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR



BLF



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HLI

Eu \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

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 Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

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

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

# 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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	085.355.152-91	Adelmo Filgueira dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS (DATA DE REGISTRO: 15/04/2019) (VERSÃO: 1.0) (CÓDIGO: 1.0)		
Nome completo:		CPF:
Adelmo Filgueira dos Santos		085-355-152-91
Profissão:	Endereço:	Número:
APOSENTADO	RUA - CC 18 - COND. CIDADÃO	438
Bairro:	Cidade:	Estado:
LAURIA MOREIRA	BOA VISTA	RR
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
marcelo.silva638@gmail.com	69-318085	(95) 991144021

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

RENDAMENTO MENSAL			
<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 (ASSINALE UMA DAS OPÇÕES)			
<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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3027		AGÊNCIA: _____	
CONTA: 0008431		CONTA: _____	
(informar o dígito se existir)		(informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder 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 LAUDO DO 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):	
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 Líder 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)			
Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos?
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder 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, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2º Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	
	Assinatura do Procurador (se houver)	



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 Nº 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

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Celso João Barros, 111, Boa Vista - RR

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: HERNADES JOSE FARIAS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 223554

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CONSTELAÇÃO

Bairro: BELA VISTA

Nº: 1224

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 (VÍTIMA, ENVOLVIDO, 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 Físicas: 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. Celso João Dias, 484 - Boa Vista - RR

Nº: 000729/2019-A01

## BOLETIM DE Ocorrência

Logradouro: 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

Envolvimentos

Nome Envolvido

Proprietário

Adelmo Figueira dos Santos

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Envolvimentos

Nome Envolvido

Proprietário

Hernades Jose Farias

### RELATO/HISTÓRICO

CONFORME RELATO DO ROP GCM Nº 001818: "NO ENDEREÇO INFORMANDO 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 CRUZOU A SUA FRENTE 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 VEICULO ESTA EM DIAS E FOI LIBERADO NO LOCAL. ENTREGAMOS O RELATORIO A ESTE DP PRA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS."

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

ASSINATURAS  
DAT

10 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

Adelmo Figueira dos Santos  
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (única) responsável pela elaboração e entrega desta declaração, que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Ocorrência do Código Penal Brasileiro."



**EQUIPE SAMU BV**  
**BRAVO I**

UNIDADE

EQUIPE

*Coord: Ridel Teóforos*

Paciente: **Adelmo Filgueira dos Santos** Idade: **72a** Sexo: **Mas**  
Nacionalidade: **Brasileiro** Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]  
Endereço: **CC-13** Bairro: **C. Cidadao**

Nº **477** DATA **09/01/19** HORA J/9 **20:44** BASE ( ) VIA ( ) ( ) RÁDIO  
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: **Helosa** HORA J/10 **20:59** ( ) CELULAR

SOBREVIVENTE ☒ SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIMENTO LOCAL ☒ OUTRO ☐  
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

**ÁREA DE SINISTROS PRIVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**MECANISMO DE TRAUMA**

<b>AUTOMÓVEL</b> [ ] Capotamento [ ] Atropelamento [ ] Colisão AUTO x [ ] Motorista [ ] Passageiro Banco dianteiro [ ] Passageiro Banco traseiro	<b>AUTOMÓVEL</b> [ ] Uso do cinto [ ] Vítila projetada [ ] Vítila encarcerada [ ] Air Bag Acionado	<b>VIOLÊNCIA</b> [ ] FAB [ ] FAF [ ] Espandimento [ ] Violência Doméstica [ ] Violência Sexual [ ] Tentativa de suicídio [ ] Outros:	<b>OUTROS</b> [ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto [ ] Queda: Altura aprox.: [ ] Acidente Doméstico [ ] Queimadura Agente [ ] Alogamento [ ] Agressão p/ animal
<b>PEDESTRE</b> [ ] Atropelamento [ ] VIA [ ] CALÇADA	<b>MOTOCICLETA + BICICLETA + moto</b> [ ] Colisão MOTO X [ ] Queda de moto [ ] Atropelamento [ ] Queda de Bicicleta [ ] Piloto	<b>GENE SEGURA</b> [ ] Com capacete [ ] Sem capacete	

**AValiação INICIAL**

<b>VIAS AÉREAS</b> [ ] Livre [ ] Obstrução Parcial [ ] Obstrução Total [ ] Corpo estranho [ ] Edema de Glote [ ] Outro:	<b>VENTILAÇÃO</b> [ ] Apnéia [ ] Dispnéia [ ] Bradpnéia [ ] Taquipnéia [ ] Roncos [ ] Sibilos [ ] Respiração paradoxal	<b>CIRCULAÇÃO</b> [ ] Bradicárdico [ ] Taquicárdico [ ] Arritmico [ ] Enchimento capilar acima de 2" [ ] Ausente [ ] Cianose central [ ] Cianose de extremidade	<b>AVAl NEUROLÓGICA</b> [ ] AVDN [ ] Miose [ ] Midriase [ ] Anisocoria [ ] D [ ] E [ ] Aparentemente Alcoolizado [ ] DNV
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SINAIS VITAIS E ESCORES**

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início <b>21:05</b>	<b>110 x 80</b>	<b>74</b>	<b>20</b>	<b>98</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Fim <b>21:44</b>	<b>110 x 80</b>	<b>91</b>	<b>20</b>	<b>97</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**AValiação SECUNDÁRIA**

<b>Pele</b> [ ] Corada [ ] Quente [ ] Pálida [ ] Fria [ ] Úmida [ ] Seca [ ] Cianótica	<b>Cabeça</b> [ ] Contusão [ ] Escoriação [ ] Laceração [ ] Hematoma [ ] Afundamento [ ] Fer. penetrante	<b>Face</b> [ ] Contusão [ ] Escoriações [ ] Lacerações [ ] Ferimento ocular [ ] Luxação [ ] Mandíbula	<b>Pescoço</b> [ ] Escoriações [ ] Lacerações [ ] Hematoma [ ] Desvio da traquéia [ ] Enfisma sub- cutâneo	<b>Tórax</b> [ ] Escoriações [ ] Lacerações [ ] Tórax instável [ ] Tamponamento [ ] Ferida Aspirativa [ ] Empalamento	<b>Abdome</b> [ ] Escoriações [ ] Lacerações [ ] Distendido [ ] Em tábua [ ] Doloroso [ ] Evisceração
<b>Pelve</b> [ ] Contusão [ ] Escoriações [ ] Dor [ ] Instabilidade	<b>Coluna Dorsal</b> [ ] Contusão [ ] Hematoma [ ] Dor [ ] Escoriações	<b>MMSS</b> [ ] Contusão [ ] Escoriações [ ] Luxações [ ] Lacerações [ ] Fratura [ ] Amputação	<b>MMII</b> [ ] Contusão [ ] Escoriações [ ] Luxações [ ] Lacerações [ ] Fratura [ ] Amputação	<b>QUEIMADURAS</b> CABEÇA PESEÇO TÓRAX ANTERIOR TÓRAX POSTERIOR GENTILHA MIB MBE MID MIE TOTAL % 1° 2° 3°	

**AValiação CARDÍACA**

**AValiação CLÍNICA**

**HISTÓRIA PEGRESSA**

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal [ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Filtuter	[ ] Fibrilação atrial [ ] Fibrilação ventricular [ ] Assistolia	[ ] Respiratória [ ] Neurológica [ ] Psiquiátrica [ ] Metabólica [ ] Cardiovascular [ ] Aborto	[ ] Digestiva [ ] Infecçiosa [ ] Obstétrica [ ] Outra	[ ] Diabetes [ ] Cardiopatia [ ] HAS [ ] Medicação de uso	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias <b>negar</b> [ ] Outros
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

**GRAVIDADE COMPROVADA**

[ ] ILESO [ ] PEQUENA ☒ MÉDIA [ ] SEVERA

[ ] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

**15-02-19**  
Hora: **10:50**  
*Stephanie*

INCIDENTE

[ ] Cancelamento  
[ ] Recusa de Atendimento  
[ ] Não se encontrava no local  
[ ] Recusa de hospitalização  
[ ] Trote  
[ ] Bombeiro no local:

[ ] Polícia Militar  
[ ] Guarda Municipal  
[ ] SMTRAN  
[ ] Bombeiro  
[ ] Outros:

ROP

[ ] Iniciada as: [ ] Término as:  
[ ] RCP com sucesso  
[ ] RCP sem sucesso  
[ ] Obs.:

**OBSERVAÇÕES**

*Condutor da Bicicleta*

DESTINO

[ ] Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> 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
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

AValiação NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na data)



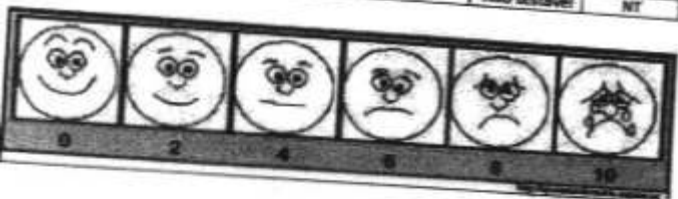
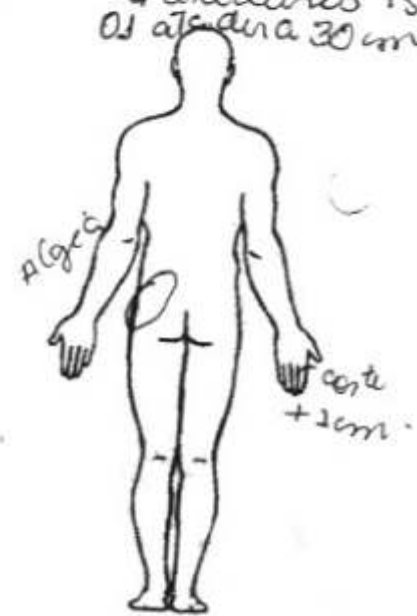
Nome do Receptor: \_\_\_\_\_  
 Função do Receptor: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_  
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:  
 Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_

10 ABR 2019  
 IG p/ semana: \_\_\_\_\_  
 Perda de líquido: \_\_\_\_\_  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 C/Condição: 12 São Paulo

GESTANTE  
 Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
 BCF: \_\_\_\_\_

**MATERIAL E MEDICAÇÃO**  
 02 luvas  
 03 siringa 20 ml  
 03 dipirona ampola  
 01 tilatril 40 mg  
 01 ataduna 15 cm  
 01 ataduna 30 cm  
 01 equipo  
 01 SF 500 ml  
 01 placo do  
 01 ataduna 15 cm  
 01 ataduna 30 cm

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Ocos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Ocos fechados devido a fator local	Não testável	NT
Resposta Verbal	Classificação	Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não testável	NT
Resposta motora	Classificação	Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**  
 Pet traumático colisão Bicicleta x moto foi encontrada ao solo, normoconsciente, com avaliação primária em alterações, referindo algia na região da coxa + queto, foi observado um leve lateralização da perna (D), realizado imobilização do membro + analgesia de acordo com dipirona 1g + tilatril 40mg em PVP com SF 500 ml e encaminhado ao GT conforme RM e entre que com vida.

SAMU 192-IV  
 PROTOCOLO  
 RECEBIDO  
 Em 15/02/19  
 Hora 10:50  
 Stephanie

Samirnos beando