



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR 340B

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE Adeildo Filgueira dos Santos, brasileiro(a),  
estado civil: casado, Profissão: Aposentado SSP/AM  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 188363 SSP/AM  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 085.355-152-91, residente e domiciliado  
(a) na RCC-18, nº 438,  
Bairro: Lajera Minera no  
município Boa Vista /RR, telefone: (95) 991331114, E-mail:  
vêm através de seu advogado in fine  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa  
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus  
procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita  
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional  
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,  
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,  
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE  
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a  
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou  
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e  
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme  
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir  
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,  
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e  
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,  
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,  
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários  
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista /RR 10, de 06 de 2019

Outorgante

CPF/MF nº



Mr. Júnior Emerson de Souza Cumaru  
OAB/RR 1376

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

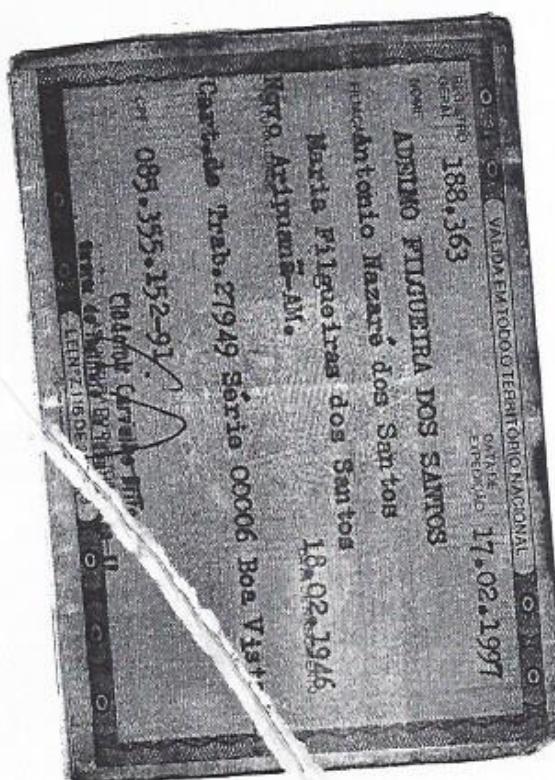
**EU:** Alelmo Filgueira dos Santos,  
estado civil CASADO, RG nº 188363 550/AM, e CPF  
nº 085.355.152-91, residente e domiciliado (a) na  
R. cc 18 nº 438 Bairro:  
Laurá moacra, Cidade Boa Vista  
- Roraima, telefone (95) 991331114.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista, 10 de Junho de 2019.

Alelmo Filgueira dos Santos

**DECLARANTE**



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO  
SEU CÓDIGO  
0070479-2

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Gómez, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3  
Pecão Meia | Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pelo SEFAZ RR/011

CONTA MÊS: JANEIRO/2019 VENCIMENTO: 06/02/2019 CONSUMO (kWh): 263 TOTAL A PAGAR (R\$): 241,20

ESMERALDA SILVA DOS SANTOS  
R. CC 18 438 LAURA MOREIRA  
CPF: 00010026371200  
CEP: 69.318-085 - BOA VISTA  
ROT: 7.001.28.02 110800

Atual:	30235	Atual:	23/01/2019
Anterior:	29972	Anterior:	21/12/2018
Constante de Multiplicador:	1,000	Próxima Leitura:	20/02/2019
Consumo Medido:	263	Emissão:	22/01/2019
Consumo Faltando:	263	Apresentação:	23/01/2019

**NORMAL**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BL	2801743	M 1416523	1.1.1.2	313

HISTÓRICO (R\$)		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mes/Ano	Consumo	Consumo	R\$
DEZ/18	254	263 A R\$ 0,796048 =	209,59
NOV/18	312	MULTA POR ATRASO DE 1 12/18-00	0,85
OUT/18	347	JUROS DE HORA POR ATR 12/18-00	0,07
SET/18	294	MULTA POR ATRASO 12/18-00	4,03
AGO/18	277	JUROS DE HORA DE IMPO 12/18-00	0,53
JUL/18	286	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	26,13
JUN/18	276		
MAT/18	297		
ABR/18	65		
MAR/18	603		
VALOR DE TÍTULOS:	0 A 263 - 0,634620		

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

DEU DEUS JA RELATIVOS  
Mes/Ano Valor R\$ Infonações e/ou débitos que vencem ou que vencerão no mês de R\$  
04/2018 55,14 55,14 (sem abrigamento legal) ate este dia baseado no débito(s) já formalizado(s). PROCURAR UMA LOJA DE  
PROVIMENTO(S) DE PAGAMENTO.

BOA VINDO A RORAIMA, NESTA JUNTADA VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA  
CADA DIA MELHOR! Esta fatura de ENERGIA ELÉTRICA FOI EMISSA PELA  
RORAIMA ENERGIA.  
LIGUE 0800/019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 801A, BACS, ECH3, 3846, 5825, BF42, 5CBC, 075F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	51,67	Base de Cálculo:	209,59
Energia:	109,55	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	35,63
Encargos:	5,69	Valor do PIS:	1,25
Tributos:	42,68	Valor do COFINS:	5,80

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65
1,92			9,00			0,41

**DISTRITO**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



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. Cândido Mendes Barreto, 111 - Boa Vista - RR

Méio(s) Empregado(s)

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: HERNADES JOSE FARIAS (EN VOLVIDO )

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 , EN VOLVIDO , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Novo Aripuanã

Sexo: Masculino

Nasc: 18/02/1946

Profissão: Aposentado

Estado Civil: Casado(a)

Nome do Pai: Antonio Nazaré dos Santos

Nome da Mãe: Maria Filgueiras dos Santos

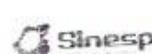
Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 085.355.152-91

RG - Carteira de Identidade: 188363

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 22/03/2019 10:45  
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Dantas, 144 - Boa Vista - RR  
Nº: 000729/2019-A01

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	Envolvidos	
Nome Envolvido	Adelmo Filgueira dos Santos	Proprietário	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido	Envolvidos	
Nome Envolvido	Hernandes Jose Farias	Proprietário	

RELATO/HISTÓRICO

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

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

*Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat 042000908*

*Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento*

ASSINATURAS

DATA: 12 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

*Adelmo Filgueira dos Santos  
(Comunicante / Vítima / Envolvido)*

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) responsável pela informação acima apresentada, fico, portanto, sujeito a ação civil que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 330 (Denúncia Caluniosa) e 340 (Comunicação Falsa de Crime) no de Constituição do Código Penal Brasileiro."

 <p><b>FICHA DE ATENDIMENTO</b></p>		<p>Nº <b>0060</b></p> <p><b>EQUIPE SAMU BV</b> EQUIPE: <i>Coord: Deidiel Téc: Fernandes</i></p> <p><b>UNIDADE: BRAVO I</b></p>																																																																	
<p>Paciente: <b>Adelmo Filgueira dos Santos</b> Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia          Nacionalidade: <b>Brasileiro</b> Idade: <b>72 a 80</b> Sexo: <b>Mae</b>          Endereço: <b>CC - 13</b> Bairro: <b>Cidade das</b></p>																																																																			
<p>Nº <b>477</b> DATA <b>09/01/19</b></p>		<p>HORA J/9: <b>20:44</b> BASE ( ) VIA ( ) ( ) RÁDIO</p>		<p>HORA J/10: <b>20:59</b> ( ) CELULAR</p>																																																															
<p>Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <b>Heloisa</b></p>																																																																			
<p><b>MOTIVO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO DE SINISTRO DOPAT  <b>INÍCIO DOS SINTOMAS:</b> Menos de 1 hora ( ) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )</p>																																																																			
<p><b>MECANISMO DE TRAUMA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>AUTOMÓVEL</b>  <input type="checkbox"/> Capotamento  <input type="checkbox"/> Atropelamento  <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x  <input type="checkbox"/> Motorista  <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro  <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro                 </td> <td rowspan="2"> <b>AUTOMÓVEL</b>  <input type="checkbox"/> Uso do cinto  <input type="checkbox"/> Última projetada  <input type="checkbox"/> Última encarcerada  <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado                 </td> <td rowspan="2"> <b>VIOLENCIA</b>  <input type="checkbox"/> FAB  <input type="checkbox"/> FAF  <input type="checkbox"/> Espancamento  <input type="checkbox"/> Violência Doméstica  <input type="checkbox"/> Violência Sexual  <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio                 </td> <td colspan="3"> <b>OUTROS</b>  <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto  <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.:  <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico  <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____  <input type="checkbox"/> Afogamento  <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____  <input type="checkbox"/> Outros: _____                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>MOTOCICLETA:</b> <b>BICICLETA X moto</b>  <b>GENTE SEGURADA:</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Boa Vista - RR</b>  <b>TIPO:</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Outro</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>PEDESTRE</b>  <input type="checkbox"/> Atropelamento  <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA                 </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Queda de moto  <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta  <input checked="" type="checkbox"/> Queda de bicicleta  <input type="checkbox"/> Piloto                 </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Garupa                 </td> </tr> </table>						<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Última projetada <input type="checkbox"/> Última encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<b>VIOLENCIA</b> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____			<b>MOTOCICLETA:</b> <b>BICICLETA X moto</b> <b>GENTE SEGURADA:</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Boa Vista - RR</b> <b>TIPO:</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Outro</b>			<b>PEDESTRE</b> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto		<input type="checkbox"/> Garupa																																																
<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Última projetada <input type="checkbox"/> Última encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<b>VIOLENCIA</b> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____																																																																
			<b>MOTOCICLETA:</b> <b>BICICLETA X moto</b> <b>GENTE SEGURADA:</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Boa Vista - RR</b> <b>TIPO:</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Corpo Ciclista</b> <b>Outro</b>																																																																
<b>PEDESTRE</b> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto		<input type="checkbox"/> Garupa																																																															
<p><b>AVALIAÇÃO INICIAL</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>VIAS AÉREAS</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Livro  <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial  <input type="checkbox"/> Obstrução Total  <input type="checkbox"/> Corpo estranho  <input type="checkbox"/> Edema de Glote  <input type="checkbox"/> Outro: _____                 </td> <td rowspan="2"> <b>VENTILAÇÃO</b>  <input type="checkbox"/> Apneia  <input type="checkbox"/> Dispnéia E  <input type="checkbox"/> Bradipneia  <input type="checkbox"/> Taquipneia  <input type="checkbox"/> Roncos  <input type="checkbox"/> Sibilos  <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal                 </td> <td rowspan="2"> <b>CIRCULAÇÃO</b>  <input type="checkbox"/> Bradicardico  <input type="checkbox"/> Taquicardico N  <input type="checkbox"/> Arritmico  <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2'  <input type="checkbox"/> Ausente  <input type="checkbox"/> Cianose central  <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade                 </td> <td colspan="3"> <b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b>  <input type="checkbox"/> AVDN  <input type="checkbox"/> Miase <b>A</b>  <input type="checkbox"/> Midriase  <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E  <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado  <input type="checkbox"/> DNV                 </td> </tr> <tr> <td> <b>Hora</b>  <b>Inicio:</b> <b>21:05</b> <b>110 x 80</b>  <b>Fim:</b> <b>21:44</b> <b>110 x 80</b> </td> <td> <b>P.A mm/hg</b>  <b>F.C Bpm</b>  <b>F.R Mpm</b> </td> <td> <b>Sat O<sub>2</sub> %</b>  <b>98</b> </td> <td> <b>T. Axilar °C</b>  <b>—</b> </td> <td> <b>Glicemia</b>  <b>—</b> </td> <td> <b>Esc. visual "DOR"</b>  <b>—</b> </td> <td> <b>APAGAR</b>  <b>—</b> </td> </tr> </table>						<b>VIAS AÉREAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Livro <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro: _____	<b>VENTILAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia E <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<b>CIRCULAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Taquicardico N <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b> <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miase <b>A</b> <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV			<b>Hora</b> <b>Inicio:</b> <b>21:05</b> <b>110 x 80</b> <b>Fim:</b> <b>21:44</b> <b>110 x 80</b>	<b>P.A mm/hg</b> <b>F.C Bpm</b> <b>F.R Mpm</b>	<b>Sat O<sub>2</sub> %</b> <b>98</b>	<b>T. Axilar °C</b> <b>—</b>	<b>Glicemia</b> <b>—</b>	<b>Esc. visual "DOR"</b> <b>—</b>	<b>APAGAR</b> <b>—</b>																																																	
<b>VIAS AÉREAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Livro <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro: _____	<b>VENTILAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia E <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<b>CIRCULAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Taquicardico N <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b> <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miase <b>A</b> <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV																																																																
			<b>Hora</b> <b>Inicio:</b> <b>21:05</b> <b>110 x 80</b> <b>Fim:</b> <b>21:44</b> <b>110 x 80</b>	<b>P.A mm/hg</b> <b>F.C Bpm</b> <b>F.R Mpm</b>	<b>Sat O<sub>2</sub> %</b> <b>98</b>	<b>T. Axilar °C</b> <b>—</b>	<b>Glicemia</b> <b>—</b>	<b>Esc. visual "DOR"</b> <b>—</b>	<b>APAGAR</b> <b>—</b>																																																										
<p><b>AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>Pele</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Corada  <input type="checkbox"/> Quente  <input type="checkbox"/> Pálida  <input type="checkbox"/> Fria  <input type="checkbox"/> Úmida  <input type="checkbox"/> Seca  <input type="checkbox"/> Cianótica                 </td> <td rowspan="2"> <b>Cabeça</b>  <input type="checkbox"/> Contusão  <input type="checkbox"/> Escoriação  <input type="checkbox"/> Lacerção  <input type="checkbox"/> Hematoma  <input type="checkbox"/> Afundamento  <input type="checkbox"/> Luxação  <input type="checkbox"/> Fer. penetrante  <input type="checkbox"/> Mandíbula                 </td> <td rowspan="2"> <b>Face</b>  <input type="checkbox"/> Contusão  <input type="checkbox"/> Escoriações  <input type="checkbox"/> Lacerções  <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia  <input type="checkbox"/> Ferimento ocular  <input type="checkbox"/> Luxação  <input type="checkbox"/> Mandíbula                 </td> <td rowspan="2"> <b>Pescoco</b>  <input type="checkbox"/> Escoriações  <input type="checkbox"/> Lacerções  <input type="checkbox"/> Hematoma  <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia  <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo                 </td> <td colspan="3"> <b>Tórax</b>  <input type="checkbox"/> Escoriações  <input type="checkbox"/> Lacerções  <input type="checkbox"/> Torax Instável  <input type="checkbox"/> Tamponamento  <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa  <input type="checkbox"/> Empalamento                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>Abdome</b>  <input type="checkbox"/> Escoriações  <input type="checkbox"/> Lacerções  <input type="checkbox"/> Distendido  <input type="checkbox"/> Em tábua  <input type="checkbox"/> Doloroso  <input type="checkbox"/> Evisceração                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Pelve</b>  <input type="checkbox"/> Contusão  <input type="checkbox"/> Escoriações  <input type="checkbox"/> Dor  <input type="checkbox"/> Instabilidade                 </td> <td colspan="2"> <b>Coluna Dorsal</b>  <input type="checkbox"/> Contusão  <input type="checkbox"/> Escoriações  <input type="checkbox"/> Dor  <input type="checkbox"/> Escoriações                 </td> <td colspan="3"> <b>MMII</b>  <input type="checkbox"/> Contusão  <input type="checkbox"/> Escoriações  <input type="checkbox"/> Luxações  <input type="checkbox"/> Lacerções  <input type="checkbox"/> Fratura  <input type="checkbox"/> Amputação  <input type="checkbox"/> Algíia                 </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <p><b>QUEIMADURAS</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"> <b>III</b>  <b>II</b>  <b>I</b> </td> <td rowspan="3"> <b>CABEÇA</b>  <b>PESCOÇO</b>  <b>TORAX</b>  <b>ANTERIOR</b>  <b>TORAX</b>  <b>POSTERIOR</b>  <b>GENITALIA</b> </td> <td rowspan="3"> <b>MSD</b>  <b>NSE</b>  <b>NID</b>  <b>NIE</b> </td> <td colspan="2"> <b>TÓRAX</b>  <input type="checkbox"/> CABEÇA  <input type="checkbox"/> PESCOÇO  <input type="checkbox"/> TORAX ANTERIOR  <input type="checkbox"/> TORAX POSTERIOR  <input type="checkbox"/> GENITALIA                 </td> <td rowspan="3"> <b>TOTAL %</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>II</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>I</b> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <p><b>HISTÓRIA PREGRESSA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>AValiação Cardíaca</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal  <input type="checkbox"/> Taquicardia  <input type="checkbox"/> Bradicardia  <input type="checkbox"/> Fibrilar                 </td> <td rowspan="2"> <b>AFFEÇÃO CLÍNICA</b>  <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial  <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular  <input type="checkbox"/> Assistolia  <input type="checkbox"/> Respiratória  <input type="checkbox"/> Neurológica  <input type="checkbox"/> Psiquiátrica  <input type="checkbox"/> Metabólica  <input type="checkbox"/> Cardiovacular  <input type="checkbox"/> Aborto  <input type="checkbox"/> Digestiva  <input type="checkbox"/> Infeciosa  <input type="checkbox"/> Obstétrica  <input type="checkbox"/> Outra                 </td> <td colspan="3"> <b>LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA</b>  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Cardiopatia  <input type="checkbox"/> HAS  <input type="checkbox"/> Medicação de uso                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>PROTOCOLO RECIBIDO</b>  <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b>  <b>15-02-19</b>  <b>10:50</b>  <b>Stephanie</b> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <p><b>GRAVIDADE COMPROVADA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>INCIDENTE</b>  <input type="checkbox"/> Cancelamento  <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento  <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local  <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização  <input type="checkbox"/> Trote  <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:                 </td> <td rowspan="2"> <b>RCP</b>  <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____  <input type="checkbox"/> RCP com sucesso  <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso  <input type="checkbox"/> Obs.:                 </td> <td rowspan="2"> <b>DESTINO</b>  <input type="checkbox"/> Atendido no local  <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR  <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento  <input type="checkbox"/> Coronel Mota                 </td> <td colspan="3"> <b>MULTIPLA MEIOS ACIONADOS</b>  <input type="checkbox"/> Pol. Círculo e Silva - PCCS  <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA  <input type="checkbox"/> HMINSN                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>OBSERVAÇÕES</b>  <b>Condução da Bicicleta</b> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>						<b>Pele</b> <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/> Mandíbula	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<b>Pescoco</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Torax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento			<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração			<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações		<b>MMII</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Algíia			<p><b>QUEIMADURAS</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"> <b>III</b>  <b>II</b>  <b>I</b> </td> <td rowspan="3"> <b>CABEÇA</b>  <b>PESCOÇO</b>  <b>TORAX</b>  <b>ANTERIOR</b>  <b>TORAX</b>  <b>POSTERIOR</b>  <b>GENITALIA</b> </td> <td rowspan="3"> <b>MSD</b>  <b>NSE</b>  <b>NID</b>  <b>NIE</b> </td> <td colspan="2"> <b>TÓRAX</b>  <input type="checkbox"/> CABEÇA  <input type="checkbox"/> PESCOÇO  <input type="checkbox"/> TORAX ANTERIOR  <input type="checkbox"/> TORAX POSTERIOR  <input type="checkbox"/> GENITALIA                 </td> <td rowspan="3"> <b>TOTAL %</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>II</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>I</b> </td> </tr> </table>						<b>III</b> <b>II</b> <b>I</b>	<b>CABEÇA</b> <b>PESCOÇO</b> <b>TORAX</b> <b>ANTERIOR</b> <b>TORAX</b> <b>POSTERIOR</b> <b>GENITALIA</b>	<b>MSD</b> <b>NSE</b> <b>NID</b> <b>NIE</b>	<b>TÓRAX</b> <input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> TORAX ANTERIOR <input type="checkbox"/> TORAX POSTERIOR <input type="checkbox"/> GENITALIA		<b>TOTAL %</b>	<b>II</b>		<b>I</b>		<p><b>HISTÓRIA PREGRESSA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>AValiação Cardíaca</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal  <input type="checkbox"/> Taquicardia  <input type="checkbox"/> Bradicardia  <input type="checkbox"/> Fibrilar                 </td> <td rowspan="2"> <b>AFFEÇÃO CLÍNICA</b>  <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial  <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular  <input type="checkbox"/> Assistolia  <input type="checkbox"/> Respiratória  <input type="checkbox"/> Neurológica  <input type="checkbox"/> Psiquiátrica  <input type="checkbox"/> Metabólica  <input type="checkbox"/> Cardiovacular  <input type="checkbox"/> Aborto  <input type="checkbox"/> Digestiva  <input type="checkbox"/> Infeciosa  <input type="checkbox"/> Obstétrica  <input type="checkbox"/> Outra                 </td> <td colspan="3"> <b>LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA</b>  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Cardiopatia  <input type="checkbox"/> HAS  <input type="checkbox"/> Medicação de uso                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>PROTOCOLO RECIBIDO</b>  <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b>  <b>15-02-19</b>  <b>10:50</b>  <b>Stephanie</b> </td> </tr> </table>						<b>AValiação Cardíaca</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<b>AFFEÇÃO CLÍNICA</b> <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovacular <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra	<b>LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso			<b>PROTOCOLO RECIBIDO</b> <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b> <b>15-02-19</b> <b>10:50</b> <b>Stephanie</b>			<p><b>GRAVIDADE COMPROVADA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>INCIDENTE</b>  <input type="checkbox"/> Cancelamento  <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento  <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local  <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização  <input type="checkbox"/> Trote  <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:                 </td> <td rowspan="2"> <b>RCP</b>  <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____  <input type="checkbox"/> RCP com sucesso  <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso  <input type="checkbox"/> Obs.:                 </td> <td rowspan="2"> <b>DESTINO</b>  <input type="checkbox"/> Atendido no local  <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR  <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento  <input type="checkbox"/> Coronel Mota                 </td> <td colspan="3"> <b>MULTIPLA MEIOS ACIONADOS</b>  <input type="checkbox"/> Pol. Círculo e Silva - PCCS  <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA  <input type="checkbox"/> HMINSN                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>OBSERVAÇÕES</b>  <b>Condução da Bicicleta</b> </td> </tr> </table>						<b>INCIDENTE</b> <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<b>RCP</b> <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:	<b>DESTINO</b> <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<b>MULTIPLA MEIOS ACIONADOS</b> <input type="checkbox"/> Pol. Círculo e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN			<b>OBSERVAÇÕES</b> <b>Condução da Bicicleta</b>		
<b>Pele</b> <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/> Mandíbula	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<b>Pescoco</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Torax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento																																																															
				<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração																																																															
<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações		<b>MMII</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Algíia																																																															
<p><b>QUEIMADURAS</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"> <b>III</b>  <b>II</b>  <b>I</b> </td> <td rowspan="3"> <b>CABEÇA</b>  <b>PESCOÇO</b>  <b>TORAX</b>  <b>ANTERIOR</b>  <b>TORAX</b>  <b>POSTERIOR</b>  <b>GENITALIA</b> </td> <td rowspan="3"> <b>MSD</b>  <b>NSE</b>  <b>NID</b>  <b>NIE</b> </td> <td colspan="2"> <b>TÓRAX</b>  <input type="checkbox"/> CABEÇA  <input type="checkbox"/> PESCOÇO  <input type="checkbox"/> TORAX ANTERIOR  <input type="checkbox"/> TORAX POSTERIOR  <input type="checkbox"/> GENITALIA                 </td> <td rowspan="3"> <b>TOTAL %</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>II</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>I</b> </td> </tr> </table>						<b>III</b> <b>II</b> <b>I</b>	<b>CABEÇA</b> <b>PESCOÇO</b> <b>TORAX</b> <b>ANTERIOR</b> <b>TORAX</b> <b>POSTERIOR</b> <b>GENITALIA</b>	<b>MSD</b> <b>NSE</b> <b>NID</b> <b>NIE</b>	<b>TÓRAX</b> <input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> TORAX ANTERIOR <input type="checkbox"/> TORAX POSTERIOR <input type="checkbox"/> GENITALIA		<b>TOTAL %</b>	<b>II</b>		<b>I</b>																																																					
<b>III</b> <b>II</b> <b>I</b>	<b>CABEÇA</b> <b>PESCOÇO</b> <b>TORAX</b> <b>ANTERIOR</b> <b>TORAX</b> <b>POSTERIOR</b> <b>GENITALIA</b>	<b>MSD</b> <b>NSE</b> <b>NID</b> <b>NIE</b>	<b>TÓRAX</b> <input type="checkbox"/> CABEÇA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> TORAX ANTERIOR <input type="checkbox"/> TORAX POSTERIOR <input type="checkbox"/> GENITALIA		<b>TOTAL %</b>																																																														
			<b>II</b>																																																																
			<b>I</b>																																																																
<p><b>HISTÓRIA PREGRESSA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>AValiação Cardíaca</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal  <input type="checkbox"/> Taquicardia  <input type="checkbox"/> Bradicardia  <input type="checkbox"/> Fibrilar                 </td> <td rowspan="2"> <b>AFFEÇÃO CLÍNICA</b>  <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial  <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular  <input type="checkbox"/> Assistolia  <input type="checkbox"/> Respiratória  <input type="checkbox"/> Neurológica  <input type="checkbox"/> Psiquiátrica  <input type="checkbox"/> Metabólica  <input type="checkbox"/> Cardiovacular  <input type="checkbox"/> Aborto  <input type="checkbox"/> Digestiva  <input type="checkbox"/> Infeciosa  <input type="checkbox"/> Obstétrica  <input type="checkbox"/> Outra                 </td> <td colspan="3"> <b>LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA</b>  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Cardiopatia  <input type="checkbox"/> HAS  <input type="checkbox"/> Medicação de uso                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>PROTOCOLO RECIBIDO</b>  <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b>  <b>15-02-19</b>  <b>10:50</b>  <b>Stephanie</b> </td> </tr> </table>						<b>AValiação Cardíaca</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<b>AFFEÇÃO CLÍNICA</b> <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovacular <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra	<b>LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso			<b>PROTOCOLO RECIBIDO</b> <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b> <b>15-02-19</b> <b>10:50</b> <b>Stephanie</b>																																																								
<b>AValiação Cardíaca</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<b>AFFEÇÃO CLÍNICA</b> <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovacular <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra	<b>LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso																																																																	
		<b>PROTOCOLO RECIBIDO</b> <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b> <b>15-02-19</b> <b>10:50</b> <b>Stephanie</b>																																																																	
<p><b>GRAVIDADE COMPROVADA</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> <b>INCIDENTE</b>  <input type="checkbox"/> Cancelamento  <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento  <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local  <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização  <input type="checkbox"/> Trote  <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:                 </td> <td rowspan="2"> <b>RCP</b>  <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____  <input type="checkbox"/> RCP com sucesso  <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso  <input type="checkbox"/> Obs.:                 </td> <td rowspan="2"> <b>DESTINO</b>  <input type="checkbox"/> Atendido no local  <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR  <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento  <input type="checkbox"/> Coronel Mota                 </td> <td colspan="3"> <b>MULTIPLA MEIOS ACIONADOS</b>  <input type="checkbox"/> Pol. Círculo e Silva - PCCS  <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA  <input type="checkbox"/> HMINSN                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>OBSERVAÇÕES</b>  <b>Condução da Bicicleta</b> </td> </tr> </table>						<b>INCIDENTE</b> <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<b>RCP</b> <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:	<b>DESTINO</b> <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<b>MULTIPLA MEIOS ACIONADOS</b> <input type="checkbox"/> Pol. Círculo e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN			<b>OBSERVAÇÕES</b> <b>Condução da Bicicleta</b>																																																							
<b>INCIDENTE</b> <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<b>RCP</b> <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:	<b>DESTINO</b> <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<b>MULTIPLA MEIOS ACIONADOS</b> <input type="checkbox"/> Pol. Círculo e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN																																																																
			<b>OBSERVAÇÕES</b> <b>Condução da Bicicleta</b>																																																																



CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Dantas, 444 - Boa Vista - RR

...: Guia de Atendimento 17 ...

09/01/2019

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

1<sup>ª</sup> Classificação  
Reclassificação  
Vermelho Gomes da Silva  
Laranja Aux. Serv. Saúde  
Amaral  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
( ) Vermelho  
( ) Laranja  
( ) Amarelo  
( ) Verde  
( ) Azul Ass.

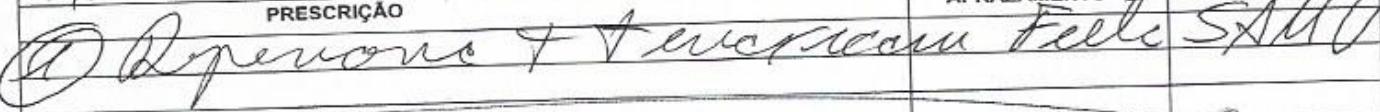
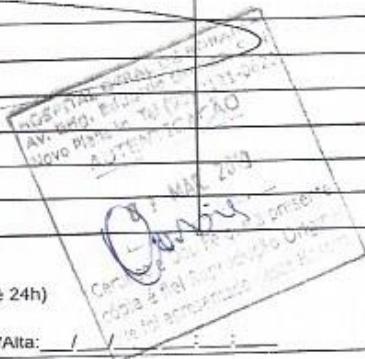
NOTURNO 19- 16

1901057345	09/01/2019 21:44:04	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		CPF 07	Prontuário
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CP		
ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS		18/02/1946	72 A 10 M 19 D	700406938398047	08535515291	00021603	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
IDENTIDADE	188363	SSP/RR	17/02/1997	M		PARDA	NOVO ARIPUANA - BRASILEIRA
Mãe	MARIA FILGUEIRAS DOS SANTOS				Pai	AM	Contato
Endereço	ANTONIO FILGUEIRA DOS SANTOS (95) 99133-1114						
RUA - CC-18 LAURA MOREIRA - 438 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR	Ocupação 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		Procedimento Sol.				Registrado por: ELIENE
Setor	Tipo de Chegada						
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
							
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
TOTAL 15							

...: Iamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
 Frução Pélvica Febre B  
 Excl Dors cl Moderculada Inter  
 nclação Bf 6 L 07 + SSA  
 100 l ARGIX

Exame Físico

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
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
				
				

Conduta

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

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saida/Alta:

09/04/2019 10:13

Óbito

Antes do 1<sup>º</sup> Atendimento?

Sim

Não

Destino:  Família

M&L Anatomia Patológica

09/04/2019 10:13

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Ortopedico Dr. Rabelo  
Patiente vítima de acidente de trânsito c/ fratura  
em quadril (D)

AO 2º: fatura troncocontríco.

es: Internado

No momento, sem nenhuma OR (fissura, fratura) para negar

Dr. Leonardo Rabelo  
Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 1775

aprendiencio 14/02/2019

**LAUDÓ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

<b>1 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	<b>2 - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE</b>	<b>4 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE</b>	<b>5 - NOME DO PACIENTE</b>	<b>6 - N.º DO FRONTUÁRIO</b>	<b>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b>	<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>9 - SEXO</b>	<b>10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL</b>	<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b>	<b>12 - ENDERECO (RUA, NÚMERO)</b>	<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>	<b>14 - COD. IBGE MUNICÍPIO</b>	<b>15 - UF</b>	<b>16 - CEP</b>		
15		HGR	HGR Aldemro Filgueira dos Santos	Aldemro Filgueira dos Santos	21603	71010191016191318131918101917	18/10/1946	masc.	Maria Filgueiras dos Santos	2121111111111111	R. CC-18, Iraura Maria, 938, Senador Melo Campos	Belo Horizonte	31000-000	MG	31200-000		
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>															<b>18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
Fx frustos contínuos femur D.																	
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRUAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>															<b>20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO</b>		
Rx + evomese + ex. fsecw															Rx + evomese + ex. fsecw		
<b>21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CDS 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>															<b>22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO															24 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
Internos															25 - N.º DO DOCUMENTO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
26 - CLÍNICA															27 - N.º DOCUMENTO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO															29 - N.º DOCUMENTO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE															31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
D. stuck															32 - ASSINATURA DO CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		
<b>33 - ACIDENTE DE TRABALHO</b>															37 - N.º DO BI-HETE		
34 - ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO															38 - SÉRIE		
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO															39 - CNPJ DA SEGUROADORA		
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA															40 - CNAE DA EMPRESA		
( ) EMPREGADO ( ) EMPREDEDOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESINTEGRADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO															41 - CBO		
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>															<b>44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR</b>		
45 - DOCUMENTO															46 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
( ) CNS ( ) CPF															47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
<b>48 - PRINCIPIAL E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>															49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
C721 T068															0308010019		

F-18

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Adelmo Cigano dos Santos		
DIAGNÓSTICO	Sx frustoscentes	HAS	DM2
ALERGIAS		LEITO	DATA 09/01/19
IDADE	72.	PRESCRIÇÃO	
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANH
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	Susp	—
4	TILOL 20MG EV 12/12H	Susp	—
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		—
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SW
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		JW
10	SSVV + CCGG 6/6 H		08
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		SW
14	CURATIVO DIARIO		07/21/19
15	Clorasept 500 1x/dia	Dr. Rabelo	08
16	Retirar protetor original	CRM-RR 1218	Rabelo
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 MIL EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Requerido para leito  
F-17  
Reunião 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

18

Bloco: <input checked="" type="checkbox"/> F	Data: 14.01.19	Enfermaria:	Leito: 18
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: ♂ F <input type="checkbox"/> M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerosol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos		
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: <input checked="" 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 NEUROLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>			
<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"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertensão	
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Fisiiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico	
<b>PUPILAS</b>			<b>BC: _____</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Fbtorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOF <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> INPT	
<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	ACEITAÇÃO DA DIETA:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			EVACUAÇÕES:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> B&D <input type="checkbox"/> Colostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena	
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	FLATOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia				<b>REGULAÇÃO ABOOMINAL</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input checked="" type="checkbox"/> H&C
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico	
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	RUIDOS HIDROAÉREOS:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
<input checked="" type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Visceromegalias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	PO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Acianótica	<input type="checkbox"/> Edema Local:					
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
Região: _____				<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Oligúria
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria
Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Uropênia
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual:				
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/URENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>						
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: MSE	Data: 09/01/19			Trocárem:	
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____			Trocárem:	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input 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			Quantidade: _____	
Veno de: _____	Aspecto da secreção: _____					
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da Instalação: _____				Trocárem:	
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo: _____				Local: _____	

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

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	<i>Adelino de Mente</i>					100
DIAGNÓSTICO		HAS		DM2		
ALERGIAS		LEITO	18	DATA	10/10/14	
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
ITEM	1	DIETA ORAL LIVRE	<i>Thiago colora / Thiago Mente</i>		5/00	
	2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã	
	3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12/12	
	4	TILATIL 20MG EV 12/12H			12/12	
	5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			5/00	
	6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>✓ 10-10-14</i>		5/00	
	7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			5/00	
	8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			5/00	
	9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			5/00	
	10	SSVV + CCGG 6/6 H			noite	
	12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			5/00	
	14	CURATIVO DIARIO			cerca 16	
	15	<i>Glucom 40 mg (0) 2x00 dia.</i>				
	16					
	17					
	18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
	19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
	20	351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

## EVOLUÇÃO MEDICA:

51

PA FC T

SINAIS VITAIS				
6 H	146X82	74		
12 H	133X79	72	34.8°C	
18 H	150X80	76		35°C
24 H	120X70	77		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

over 1408

61-00 fruits undecayed & per  
SSM before Art

F18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		HCR	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		Hospital Regional de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Adelina de S. Canto</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>Adelmo Figueiredo das Santas Transfront. f. fum r</i>		(D)
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO		DATA 19/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manh	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	18-18-06	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	18-06	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18-18-06	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	5U	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	5U	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	5U	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	5U	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	nada	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	5U	
14	CURATIVO DIARIO	curar	
15	<i>CLEXANE 40mg SC (X/020)</i>	5U	
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
<i>Dr. V. Ortopedista</i>			
<i>ao s/ono</i>			
SINAIS VITAIS	T	P	R
6 H	79	130X60	
12 H	35,7	76	120X60
18 H		86.	150X80
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	ADELINE ROS SANTOS			
DIAGNÓSTICO	TRANSMOCANTÉTICO Feme ⑥			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	DATA	14/11/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Rotina
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12 18° 24° 06°
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			18° 06°
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12 18° 24° 06°
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SÉ 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 MMHG			
14	CURATIVO DIARIO			
15	CLEXANE 40 mg SC 1X/018			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:				
<i>Dr. [Signature]</i> O.A.				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TÉMP.
6 H				
12 H	146/63 mmHg	72 bpm	19 mrm	36,4°C
18 H	149x63	74	19	36,2°C
24 H				
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.				

18

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

HOSPITAL DE RORAIMA  
Hospital Geral de Horta

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ADELINA DOS SANTOS (Adelma)		
DIAGNÓSTICO	FX TRANS FEMUR		
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ITEM		PREScriÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
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 SF DOR INT NSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DI 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCCG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM/HG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		
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 CIRÚRGICA

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

MEDICO DE SISTEMA  
ESPECIALIZADO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 1917/RR

SINAIS VITAIS	PA	PF	FD	T	
6 H	150x77	81	20	36,4 °C	
12 H	140x80	73	18	36,0 °C	
18 H	140x77	78	17	36,2 °C	
24 H	170x80	77	16	36,1 °C	

*ADELMO*

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

QIENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cândido Motta, 104 - Boa Vista - RR

**HGR**  
Hospital Geral de Roraima

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Adelmo</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>Fractura de tibia e fíbula.</i>		
ALERGIAS		HAS	
IDADE		LEITO	
ITEM		PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>SM</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>Genito 100g 1x00 do</i>		
16			
17			
18	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>		
19	<b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b>		
20	<b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SINAIS VITAIS	70	80	TAX	FQT
6 H	95x84	80		
12 H	159x77	82	15.7 c	18.
18 H	138x74	87	36.2	-
24 H	130x60	80		

**MÉDICO RESIDENTE EM**  
**ORTOPEDIA E**  
**TRAUMATOLOGIA.**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Ceará, 1660 Barreto, 6631-100 Vila - RR

18

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



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

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado	( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico	BC: _____			
( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso	( ) Hipotensão ( ) Hipertenso	PA: _____			
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico	Pulso: _____			
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática	( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT	VO: _____			
( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Não reagentes	( ) Não ( ) Parcial	Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não			
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			<b>EVACUAÇÕES:</b> ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia		
( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico	( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena	Febre: ( ) Sim ( ) Não			
( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia	( ) Ausente	Flatus: ( ) Presente ( ) Ausente			
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada	( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso	Flá: ( )			
( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada	( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpântico				
( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica	( ) Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente				
( ) Acanótica ( ) Edema Local: _____	( ) Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não				
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>				
Região: _____	( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria	U: ( )			
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não	( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria				
( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico	( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropênia				
Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não	Qual: _____				
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>			<b>Ar ambiente ( ) Traqueostomia</b>		
( ) Eufônico ( ) Bradipônico ( ) Taquipônico ( ) Dispônico					
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>			<b>Trocárem:</b> _____		
Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não	Local: MSE	Data: 16/01/19			
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____			
Finals de Infecção no sítio da punção:					
Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG	( ) Sim ( ) Não	( ) Lavagem ( ) Sifonagem			
Trendo de: _____	( ) SNG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	Quantidade: _____			
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não	Aspecto da secreção: _____	Trocárem: _____			
Prótese: ( ) Sim ( ) Não	Data da Instalação: _____	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	( ) _____			

... = ..... Risco prejudicada

18  
20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH.		DN	
PACIENTE	Adelmo dos Santos				
DIAGNÓSTICO	FX TRANSITO CUM TÉRICO FEVER	HAS		DM2	17/11/19
ALERGIAS		LEITO		DATA	
IDADE		PREScrição		HORÁRIO	
ITEM				SM	
1	DIETA ORAL LIVRE			12 18 21 06 12	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			06 12 12 12 NTF	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12 18 21 06 12	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			12 18 21 06 12	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12 18 21 06 12	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			12 18 21 06 12	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			12 18 21 06 12	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			12 18 21 06 12	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			12 18 21 06 12	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			12 18 21 06 12	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			12 18 21 06 12	
12	CURATIVO DIARIO			12 18 21 06 12	
13	metamf 40mg se 1X/dia			12 18 21 06 12	
14				12 18 21 06 12	
15				12 18 21 06 12	
16				12 18 21 06 12	
17				12 18 21 06 12	
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			12 18 21 06 12	
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			12 18 21 06 12	
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			12 18 21 06 12	
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			12 18 21 06 12	
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>Dr. Marcelo Marques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 19101/01</p> <p>16:00 circuladie c medicações do item 15 nos tem se for = maior.</p> <p>Torso: T6-10 Imagem 7:57q</p>					
SINAIS VITais	PA	FC	T	FR.	
6 H	92x64	80	35.3°C		
12 H	140x60	74	36.5°C		
18 H	162x68	68	36.2°C	39.	
24 H	143x67	72	35°C		
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

28

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F  
CENTRO DE ATENDIMENTO  
Av. Cachoeira, 484 - Boa Vista - RN

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

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

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

F-18

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Edilene Oliveira Soárez</i>		
DIAGNÓSTICO		HAS	
ALERGIAS		LEITO	18
IDADE		PREScrição	DATA
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANTED.
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		18° 24° 06° 12°
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>conjunto</i>	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18° 24° 06° 12°
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H		ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		ATENÇÃO
14	CURATIVO DIARIO		CURATIVO
15	<i>clorur 4g 80 1x10</i>		Nº
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:

*An PAULO  
1908*

SINAIS VITais	PA	P	TAX	FL.
6 H	130x80	67	351°	19
12 H	144x72	76	36°	18
18 H	144x72	75	36,3°	19
24 H	130x56	75	36,3°	19

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*Dr. R. S. SOUZA  
Ortopedia e Traumatologia  
União 1908*



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

18

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

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

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

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

F-18

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			HGR Hospital Geral de Roraima	
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			DN	
DATA DE ADMISSÃO		DIH				
PACIENTE	<i>atendimento de paciente</i>					
DIAGNÓSTICO		HAS		DM2	19/01/19	
ALERGIAS		LEITO	18	DATA		
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
ITEM	1	DIETA ORAL LIVRE			SU 2	
	2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			19/01/19 06:00	
	3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			19/01/19 06:00	
	4	TILATIL 20MG EV 12/12H			19/01/19 06:00	
	5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			SU	
	6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SU	
	7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SU	
	8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SU	
	9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			Realizar	
	10	SSVV + CCGG 6/6 H			SU	
	12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			Captopril	
	14	CURATIVO DIARIO			16	
	15	<i>Opena mto 14/01/19 1x ao dia</i>				
	16					
	17					
	18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			SU	
	19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
	20	351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
		40 MIL EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

SINAIS VITais	6h	12h	18h	24h	FC
6 H	150x70 - 77	141x68 - 349	134x68 - 75	140x75 - 81	36,5°
12 H					19
18 H					25
24 H					20
					36,2
					36,4

*[Assinatura]*  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

58

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>de São Paulo de Souza</i>				
DIAGNÓSTICO		HAS	18	DM2	<i>10/01/19</i>
ALERGIAS		LEITO		DATA	
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
ITEM					<i>3x3</i>
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>manter</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>2x2</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>2x2</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<i>2x2</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>2x2</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>SN</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>curativo</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>(16) mst</i>
15	<i>paciente de 40 y 60 de idade</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	T
6 H	128X80	93	36°C
12 H	122/60	78	35,8°C
18 H	140/70	78	35,9°C
24 H	100/60	83	36,6°C

*58*  
MÉDICO RESPONSÁVEL EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

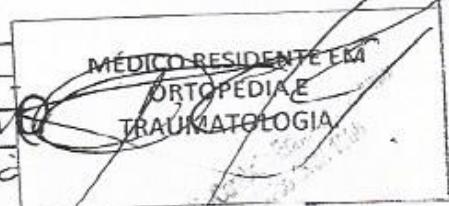


**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESSCRIÇÃO MÉDICA**

**HGR**  
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>En Gelano</i>	<i>ch</i>	<i>longo</i>
DIAGNÓSTICO		HAS	DM2
ALERGIAS		LEITO	<i>01/01/14</i>
IDADE		PRESSCRIÇÃO	HÓRARIO
ITEM	1 DIETA ORAL LIVRE	<i>Mantém</i>	<i>SM</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>AC 18 20</i>	<i>06</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>Genaric 40 mg (0) 1 Tableta</i>		<i>16</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; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

SINAIS VITAIS	PA	FE	PR	T
6 H	102/64	22		
12 H	100/80	50	18	36,5
18 H	110/81	80		36,5
24 H	158/77	80		



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Constituição, 484 - Dois Vizinhos - PR

18



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

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

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

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

18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
		PREScriÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Adelino	NE	50024		
DIAGNÓSTICO		HAS		DM2	
ALERGIAS		LEITO		DATA	22/11/19
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
ITEM					SM
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	alexine 40 mg SC 1X/MA				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:**

Marques

SINAIS VITAIS	P.A	T	TAX	FR
6 H	130 X 60	81	36,6	18
12 H	148 X 50	69	35,8°C	19
18 H	147 / 67	70	36,1	-
24 H	136 X 69	74	36,2°C	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



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

18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>22-01-18</b>	Enfermaria: <b>Santos</b>	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 - aerosol <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>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>				
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico		
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torposo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso		
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico		
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>				
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE		
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT		
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			<input type="checkbox"/> Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação		
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Colostomia		
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Flatos: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Melena		
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia				<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>			
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Flácido	
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico	<input type="checkbox"/> Ruidos Hidroáreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Norrihorrada	<input type="checkbox"/> Hipocorrada	<input type="checkbox"/> Hipercorrada	<input type="checkbox"/> Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>				
<input type="checkbox"/> Acianótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____		<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Antúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Hematúria	
Região: _____			<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua		<input type="checkbox"/> Uropênia	
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<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: _____	Trocárem: _____				
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____				
Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Lavagem	<input type="checkbox"/> Sifonagem			
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	Quantidade: _____				
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____					
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data da Instalação: _____	Trocárem: _____				
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipos: _____		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"/> Iscureza da integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____					

18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		HGR	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Edilmo de Tavares		
DIAGNÓSTICO		HAS	DM2
ALERGIAS		LEITO	23/01/19
IDADE		PREScrição	HORÁRIO
ITEM			SM
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	Edilmo 60/4 (50) 1x 60 ml		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; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50%		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:		16:00 - excedade med. do item 15 está em folha na farmácia	
SINAIS VITAIS		PA	FC
6 H	160x70	77	35,9 20pm
12 H	177x74	74	36,0°C
18 H	191x72	76	36,2°C 19.
24 H	160x70	76	37°C 21
MEDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.			

Tavares R. A. Batista  
Téc. Enfermagem  
COREN RR-1579



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

18

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	
Bloco: F	Data: 23.01.19	Enfermaria: 10	Leito: ( ) F ( ) M	
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade: 60		
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não	( ) Padrão ( ) Contato ( ) Goticula - aerosol ( ) Goticula - perdigotos			
Alergia: ( ) Sim ( ) Não	Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não	Qual idioma:			
Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não	Obs:			
Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação	( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEURÓLOGO				
( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado	( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico	BC: _____		
( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso	( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso	PA: _____		
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage	( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico	Pulso: _____		
PUPILAS				
( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática	( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Não reagentes			
REGULAÇÃO TÉRMICA				
( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico	( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE				
( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada	( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada			
( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica	Local: _____			
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não	Região: _____			
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não	FO: ( ) SIM ( ) NÃO			
SISTEMA CARDIOVASCULAR				
( ) Normotenso ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico	( ) Hipotenso ( ) Hipertenso ( ) Arritmico	BC: _____		
( ) Normocárdico ( ) Hipotérmico ( ) Filiforme	( ) Normotenso ( ) Hipertenso ( ) Parcial	PA: _____		
( ) Normoventilação ( ) Ausente ( ) Colostomia	( ) Ausente ( ) Melena	Pulso: _____		
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT	( ) Ausente ( ) Colostomia			
Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial	( ) Ausente ( ) Melena			
Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente	( ) Constipação ( ) Melena			
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente	( ) Ausente			
REGULAÇÃO ABDOMINAL				
( ) Normotenso ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico	( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido			
( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânicos	( ) Ausente			
Ruidos Hidroáreos: ( ) Presente ( ) Ausente	( ) Ausente			
Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não	FO: ( ) Sim ( ) Não			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria	( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria			
( ) Poliúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua	( ) Uropênia			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				
( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico	( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia			
Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não	Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____	
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	( ) Sim ( ) Não			
Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG	( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	( ) Lavagem ( ) Sifonagem	Quantidade: _____	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____			
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não	Data da instalação: _____	Trocárem: _____		
Prótese: ( ) Sim ( ) Não	Tipo: _____	Local: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz			
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação			
( ) Risco de glicemia instável	( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene			
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	( ) Conhecimento deficiente			
( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Comunicação verbal prejudicada			
( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Risco de dignidade humana comprometida			
( ) Eliminação urinária prejudicada	( ) Processos familiares disfuncionais			
( ) Risco de constipação	( ) Risco de quedas			
( ) Diarreia	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal			
( ) Incontinência intestinal	( ) Dor aguda			
( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Dor crônica			
( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Náusea			
( ) Integridade da pele prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração			
( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Risco de infecção			

18

18

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
		PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Adelmo	03	sm/los		
DIAGNÓSTICO		HAS		DM2	
ALERGIAS		LEITO		DATA	24/4/19
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
ITEM					SM
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	clorane 10mg 1x sc				
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:		Dr. Marcelo Marques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1918/RR			

23h - Paciente cl. Fortes dores no Perna

SINAIS VITAIS	P.A.	P	TAT	F.R.
6 H	130x60	78		
12 H	149/60	74	36,2	
18 H	159x69	81	36,0	19
23 24 H	197x86	89		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Keityany P. Piz  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 626.993TE

feito item/59



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

18

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

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

18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					HGR	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN		
PACIENTE		ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO		FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO				
ALERGIAS		HAS	DM2			
IDADE		72A	LEITO	F18	DATA 25/01/2019	
ÍTEM		HORÁRIO				
1		DIETA ORAL LIVRE				
2		AVP				
7		ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N				
8		DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N				
9		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
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						
TENSÃO ARTERIAL DE CIRURGIA						
SINAIS VITIAIS						
#	PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO	PA	FC	FR	TEMP	Dr. MARCELO MARQUES Médico de Plantão Ortopedia e Traumatologia CRM 1916483
67					36,5 °C	
12 H	145/62	79	19	mm	36,5 °C	
18 H	140/68	89	18		36,3 °C	
24 H	149/73	96	-		36,3 °C	
06 Hs	160/185	89	-		36 °C	



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

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

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>			
( ) Consciente	( ) Orientado	( ) Desorientado	( ) Normocárdico	( ) Bradicárdico	( ) Taquicárdico	
( ) Sedado	( ) Torpido	( ) Comatoso	( ) Normotensão	( ) Hipotensão	( ) Hipertensão	
( ) Agitado	( ) Reage a estímulos	( ) Não reage	( ) P脉o Cheio	( ) Filiforme	( ) Arritmico	
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>			
( ) Fotorreagente	( ) Mióticas	( ) Midriática	( ) VO	( ) SNG/SOG	( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT	
( ) Isocônicas	( ) Anisocônicas	( ) Não reagentes	Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial			
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Ausente ( ) Colostomia			
( ) Afebril	( ) Hipotérmico	( ) Hipertérmico	( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena			
( ) Febril	( ) Febre	( ) Pirexia	Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente			
( ) Hiperpirexia				<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			( ) Normotensão ( ) Ascítico ( ) Ruidos Hidroáreos: ( ) Presente ( ) Ausente	( ) Distendido ( ) Maciço ( ) Ausente ( ) Ausente ( ) Ausente	( ) Globoso ( ) Timpânicos ( ) Ausente ( ) Ausente ( ) Ausente	
( ) Hidratada	( ) Desidratada	( ) Resssecada	( ) Cianótica			
( ) Normocorada	( ) Hipocorada	( ) Hipercorada				
( ) Anictérica	( ) Ictérica	( ) Cianótica				
( ) Aciánótica	( ) Edema Local: _____					
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não						
Região: _____						
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não	FO: ( ) SIM ( ) NÃO		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>			
( ) Eupneico	( ) Bradipneico	( ) Taquipneico	( ) Espontânea ( ) Poliúria ( ) Cistostomia	( ) Anúria ( ) Disúria ( ) Irrigação contínua	( ) Oligúria ( ) Colúria ( ) Hematória ( ) Uropênia	
Oxigenoterapia	( ) Sim ( ) Não	Qual: _____				
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>						
Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____			
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção:	( ) Sim ( ) Não ( ) SNG	( ) Sim ( ) Não	( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	( ) Lavagem	( ) Sifonagem	
Aspas: ( ) Sim ( ) Não				Quantidade: _____		
Aspas de: _____			Aspecto da secreção: _____			
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não		Data da instalação: _____		Trocárem: _____		
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	( ) _____
( ) Diarréia	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) _____
( ) Incontinência intestinal	( ) Dor aguda	( ) _____
( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Dor crônica	( ) _____
( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Náusea	( ) _____
( ) Integridade da pele prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração	( ) _____
	( ) Risco de infecção	( ) _____

F=18

Adelmo dos Santos

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

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

Bloco	F	Data	26.01.19	Coletiva	18
Nome Completo		Adilma dos Santos			
Problema		Hipertensão			
Isolamento ou reclusão		N/A			
Alergia		Sim			
Necessidade de interprete		Sim			
Possui acompanhante		Sim			
Uma imobilizada		Normal			
SISTEMA NEUROLOGICO					
↓ Confundente	↓ Confusão	↓ Convulsão	↓ Vertigem	SISTEMA CARDIOVASCULAR	
↓ Letargo	↓ Tono	↓ Ataxia	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Agitado	↓ Frenesia	↓ Ataxia	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
SISTEMA CARDIOVASCULAR					
↓ Confusão	↓ Vertigem	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Letargo	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Agitado	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
SISTEMA GASTROINTESTINAL					
↓ Confusão	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Letargo	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Agitado	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
SISTEMA URINARIO / GUERRE					
↓ Confusão	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Letargo	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Agitado	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
SISTEMA RESPIRATORIO					
↓ Confusão	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Letargo	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
↓ Agitado	↓ Palpitação	↓ Palpitação	↓ Bradicardia	↓ Bradicardia	↓ Tachicardia
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico:		( ) Sim ( ) Não		Local:	MS
Cateter Central:		( ) Sim ( ) Não		Local:	MS
Sinal de infecção no sítio da punção.					
Sondas:		( ) Sim ( ) Não		SO-	ESN-
Cate:		( ) Sim ( ) Não		ESO-	GTT
Cate. Vesical		( ) Sim ( ) Não		ESO-	EEG
Protes.		( ) Sim ( ) Não		EEG	Quantidade
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
↓ Deglutição		Padrão anormal		↓	
↓ Risco de infecção de sítio de punção		Risco de infecção de sítio de punção		↓	
↓ Risco de glicémia instável		Risco de glicémia instável		↓	
↓ Risco de desequilíbrio hidroelectrolítico		Risco de desequilíbrio hidroelectrolítico		↓	
↓ Volume de líquidos excessivo		Volume de líquidos excessivo		↓	
↓ Volume de líquidos deficitário		Volume de líquidos deficitário		↓	
↓ Eliminação urinária prejudicada		Eliminação urinária prejudicada		↓	
↓ Risco de infecção		Risco de infecção		↓	
↓ Diarreia		Diarreia		↓	
↓ Inconveniente intestinal		Inconveniente intestinal		↓	
↓ Padão de sono prejudicado		Padão de sono prejudicado		↓	
↓ Mobilidade física prejudicada		Mobilidade física prejudicada		↓	
↓ Integridade da pele prejudicada		Integridade da pele prejudicada		↓	

F = 18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Adelmo	Adelmo	
AGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	18	DATA
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	MORFINA 10 MG + 9ML AD- 4 ML 8/8 S/N ( CASO NÃO TENHO O ITEM 9)		
14	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV		
15	Adelmo Adelmo (S) 10/08/19		
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	T		
6 H							
12 H							
18 H	90x65	81	22	38,8			
24 H	140x60	83	20	35,5C			
				36,5C			

J 8

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN
PACIENTE ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO				
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE 72A		LEITO	F18	DATA 28/01/2019
ÍTEM				
1 DIETA ORAL LIVRE				
2 AVP				
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				
11 SSVV + CCGG 6/6 H				
12 CURATIVO DIÁRIO				
13 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
<u># ENCONTRO</u> PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE <u># EXAME FÍSICO</u> : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
<u># SOLICITADO</u> : <u># CONDUTA</u> : MANTIDA				
<u>ANAMSE E PRELIMINAR DE CIRURGIA</u> :				
<u>SINAIS VITAIS</u> :				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO FR				
12 H 110X60 82 38 36,6 P				
18 H 139/61 87 - 36,4				
24 H 140X80 100 36,8 P				
Dr. MARCELO MARQUES Residente de Ortopedia e Traumatologia				
069 - 160X60 - 90				
Keityany P. Paz TAC do Futuro				

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

LB



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

Bloco	F	Data	28.01.18	Enfermeira		Lote	
Nome do paciente	Adelmo dos Santos	Sexo		Idade		Altura	
Prescrições	Unidade hospitalar:						
Internamento:	Sim	Sim	Sim	Padrão	Unidade	Facultativa	Ordinária
Atenção:	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	Qual:				
Necessidade de intérprete:	Sim	Não					
Possuir acompanhante:	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não			
Observações:	Normal	<input type="checkbox"/>	Sim sem desabilitação				
SISTEMA NEUROLOGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input type="checkbox"/>	Consciência	Consciente	<input type="checkbox"/>	Cardiopatia	Cardiopatia	<input type="checkbox"/>	Angina de peito
<input type="checkbox"/>	Reflexos	Reflexos	<input type="checkbox"/>	Hipotensão	Hipotensão	<input type="checkbox"/>	Hipertensão
<input type="checkbox"/>	Reflexos	Reflexos	<input type="checkbox"/>	Arritmia	Arritmia	<input type="checkbox"/>	Taquicardia
<input type="checkbox"/>	Reage a estimulos	Reage a estimulos	<input type="checkbox"/>	Palpitações	Palpitações	<input type="checkbox"/>	Bradicardia
SISTEMA GASTROINTESTINAL				ALIMENTAÇÃO			
<input type="checkbox"/>	Respirações	Respirações	<input type="checkbox"/>	Alimentação	Alimentação	<input type="checkbox"/>	Alimentação
<input type="checkbox"/>	Excreções	Excreções	<input type="checkbox"/>	Alimentação	Alimentação	<input type="checkbox"/>	Alimentação
<input type="checkbox"/>	DEGLAÇAO FERMENTOS	DEGLAÇAO FERMENTOS	<input type="checkbox"/>	Alimentação	Alimentação	<input type="checkbox"/>	Alimentação
<input type="checkbox"/>	Respiração	Respiração	<input type="checkbox"/>	Alimentação	Alimentação	<input type="checkbox"/>	Alimentação
<input type="checkbox"/>	Excreções	Excreções	<input type="checkbox"/>	Alimentação	Alimentação	<input type="checkbox"/>	Alimentação
SISTEMA URINARIO / DIURESE				REGULAÇÃO ADRENALINA			
<input type="checkbox"/>	Coartada	Coartada	<input type="checkbox"/>	Adrenalina	Adrenalina	<input type="checkbox"/>	Adrenalina
<input type="checkbox"/>	Excreções	Excreções	<input type="checkbox"/>	Adrenalina	Adrenalina	<input type="checkbox"/>	Adrenalina
<input type="checkbox"/>	Excreções	Excreções	<input type="checkbox"/>	Adrenalina	Adrenalina	<input type="checkbox"/>	Adrenalina
<input type="checkbox"/>	Excreções	Excreções	<input type="checkbox"/>	Adrenalina	Adrenalina	<input type="checkbox"/>	Adrenalina
SISTEMA RESPIRATORIO				SISTEMA URINARIO / DIURESE			
<input type="checkbox"/>	Bradipneico	Bradipneico	<input type="checkbox"/>	Dispneico	Dispneico	<input type="checkbox"/>	Dispneico
<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não
<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
Cateter Periférico:	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Local:	Data:	Trocá-rem:
Cateter Central:	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Local:	Locatário:	Trocá-rem:
Sinal de infecção no site da punção:	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não			
Sondas:	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não			
Drenos:	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não			
Cateter vesical:	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Aspeto da sonda:	Quantidade:	
Próteses:	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não	data da instalação:	Trocá-rem:	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
Riskito:	Padrão: normotônico eletrofisiológico						
Risco de infecção de epitelialização:	Padrão: cuidados para a higiene						
Risco de germinação exógena:	Padrão: cuidados para a higiene						
Risco de desequilíbrio no volume de líquido:	Padrão: risco de desequilíbrio						
Volume de líquidos excessivo:	Padrão: risco de desequilíbrio						
Volume de líquidos deficitário:	Padrão: risco de desequilíbrio						
Eliminação urinária prejudicada:	Padrão: risco de desequilíbrio						
Risco de constipação:	Padrão: risco de constipação						
Desidratação:	Padrão: risco de desequilíbrio na temperatura corporal						
Incontinência intestinal:	Padrão: risco de constipação						
Padrão de sono prejudicado:	Padrão: risco de constipação						
Mobilidade física prejudicada:	Padrão: risco de constipação						
Integridade da pele prejudicada:	Padrão: risco de constipação						



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

Boa Vista,

Data do relatório: 28/01/2019

Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA  
CRM - 743 /RR

18

LJ

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 29/01/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SM
2	AVP			manhã
7	ONDASENTRONA 1AMP 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	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE				
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
# SOLICITADO:				
# CONDUTA: MANTIDA				
SINAIS VÍAIS				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO	FR			
6 H	PA	FC		
12 H	160x76	88	36° C	T.C.
18 H	152x66	90	35.9	36.2
24 H	160x100	86	-	36.7 C
06hs	112x58	82	?	35.9 C

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

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>29.01</b>	Enfermaria: <b>18</b>	Leito:
Nome Completo: <b>Adelmo dos Santos</b>		Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Procedência: Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		( <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerosol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos)	
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Qual(is):	
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Qual idioma:	
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Obs:	
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sem deambulação		<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torposo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotensa	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso	
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Fisiiforme	<input type="checkbox"/> Arrítmico	
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Parcial	
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia			
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena	
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Flatos: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia	CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Flácido
<input type="checkbox"/> Normocôfada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico	
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Ruidos Hidroáreos: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
<input type="checkbox"/> Acianótica	<input type="checkbox"/> Edema Local: _____		Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
Região: _____			<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Oligúria
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Hematúria
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual: _____		<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Uropênia	
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual: _____				
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						
Cateter Periférico: <input 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	Tipos: _____		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"/>				

18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HGR Hospital Geral de Roraima				
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN		
PACIENTE	Adm. 11/08/2019					
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		MAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	72 an	LEITO	18	DATA	20/01/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SM
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia					18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					18
4	TILATIL 20mg 12/12hs					18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					20
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					18
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					18
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					18
10	SSVV + CCGG 6/6 H					S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					
14	CURATIVO DIARIO					
15	Fluconazol 60 mg SC 1x ao dia					12
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORNE 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	PA 135/79	2 70	TAX 36°C	E2 -		
12 H	180 x 70	77	36,5			
18 H	154/69	79	36,5	19		
24 H	137/65	89	36,2°C	-		
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Márcio CRM 1900						
Paulo Carvalho Lobo Varela Júnior						

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



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

18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>30.01.19</b>	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <b>Adelmo dos Santos</b>		Idade:	Sexo: ( ) F ( <input checked="" type="checkbox"/> ) M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não	( ) Padrão ( ) Contato ( ) Goticula - aerosol ( ) Goticula - perdigotos		
Alergia: ( ) Sim ( ) Não	Qual (is): _____		
Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não	Qual idioma: _____		
Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não	Obs: _____		
Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação	( ) Acamado	( ) Cadeira de rodas	( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
( ) Consciente	( ) Orientado	( ) Desorientado	( ) Normocárdico	( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____
( ) Sedado	( ) Torposo	( ) Comatoso	( ) Normotenso	( ) Hipotensão ( ) Hipertenso PA: _____
( ) Agitado	( ) Reage a estímulos	( ) Não reage	( ) Pulso Cheio	( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____
<b>PUPILAS</b>		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
( ) Fotorreagente	( ) Mióticas	( ) Midriática	( ) VO ( ) SNG/SOG	( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
( ) Isocônicas	( ) Anisocônicas	( ) Não reagentes	Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>		<b>EVACUAÇÕES:</b> ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia		
( ) Afebril	( ) Hipotérmico	( ) Hipertérmico	( ) Normal ( ) Diarreia	( ) Constipação ( ) Melena
( ) Febril	( ) Febre	( ) Pirexia	Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
( ) Hidratada	( ) Desidratada	( ) Ressecada	( ) Normotenso	( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido
( ) Normocorada	( ) Hipocorada	( ) Hipercorada	( ) Ascítico	( ) Maciço ( ) Timpânico
( ) Anictérica	( ) Ictérica	( ) Cianótica	Ruidos Hidroáreos: ( ) Presente ( ) Ausente	
( ) Acianótica	( ) Edema Local: _____		Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não	FO: ( ) Sim ( ) Não
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	( ) SNG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	( ) Lavagem ( ) Sifonagem		
Ureia de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____		
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não	Data da Instalação: _____	Trocárem: _____		
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

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 31/01/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP			Mantida
7	ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N			23:30
8	DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N			23:30
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SAD 11:30
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			11:30 23:30
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ			18
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				

SINAIS VITAIS					Dr. MARCELO MARQUES Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	Temp	
12 H	182/80	72 bpm	19 mmHg	36,3°C	
18 H	160/80	72		36°C	
24 H	180/80	74	20	36,5	
06 H	110x60	71	20	36,4°C	21:04 70; 160x80
18 H	180x80	74	20		FC: 90°

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 917/RR

abril de 2019  
Assinatura: Dr. Marcelo Marques  
Data: 01/02/2019



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

18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>31.01.19</b>	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <b>Adelmo Filgueiras dos Santos</b>		Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Goticula - aerosol
<input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos	Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Qual idioma:	
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Obs:	
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sem deambulação		<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas
		<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante

<b>SISTEMA NEURÔLOGO</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>			
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torposo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico
<b>PUPILAS</b>		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>			
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>		<b>Constipação</b>			
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Melena
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Platos:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>			
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso
<input type="checkbox"/> Normoscórica	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Flácido
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Ruidos Hidroáreos:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Timpânico
<input 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 checked="" type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> FO: Sim	<input type="checkbox"/> NPT
Região:			<input type="checkbox"/> FO: Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> FO: SIM	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação continua	<input type="checkbox"/> Colostomia
		<input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> Melena
<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 checked="" type="checkbox"/> Não	Qual:		
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>					
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Local: _____		Data: _____	
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				Trocárem: _____	
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	
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Data da Instalação: _____		Trocárem: _____	
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trocar em: _____
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado					
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada					
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada					
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada					

18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					HGR	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																			
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	01/02/2019																																				
ITEM						HORÁRIO																																			
1	DIETA ORAL LIVRE					SM																																			
2	AVP					manh																																			
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																																								
11	SSVV + CCGG 6/6 H																																								
12	CURATIVO DIÁRIO																																								
13	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA																																								
14																																									
15																																									
16																																									
17																																									
18																																									
19																																									
20	<p><u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>																																								
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																																									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE																																									
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																																									
# SOLICITADO:																																									
# CONDUTA: MANTIDA																																									
<p>Dr. Marcelo Marques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 03181/2</p>																																									
<p><u>PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:</u></p> <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">SINAIS VITais</th><th colspan="2"># PREVISÃO DE ALTA: SER</th><th colspan="2"># PREVISÃO FR</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>6 H</td><td>PA</td><td></td><td></td><td>T</td><td></td><td></td></tr><tr><td>12 H</td><td>133x53</td><td>68</td><td>20</td><td>36.0</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td>16x70</td><td>76</td><td></td><td>36,8°C</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td>130x60</td><td>70</td><td></td><td>36.2</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>							SINAIS VITais		# PREVISÃO DE ALTA: SER		# PREVISÃO FR			6 H	PA			T			12 H	133x53	68	20	36.0			18 H	16x70	76		36,8°C			24 H	130x60	70		36.2		
SINAIS VITais		# PREVISÃO DE ALTA: SER		# PREVISÃO FR																																					
6 H	PA			T																																					
12 H	133x53	68	20	36.0																																					
18 H	16x70	76		36,8°C																																					
24 H	130x60	70		36.2																																					
<p>Dr. MARCELO MARQUES Residente de Ortopedia e Traumatologia</p>																																									
<p>06hs PA 139 x 67 P 79 T 36.1°C</p>																																									



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

18

Bloco: <b>F</b>	Data: <b>01.02.19</b>	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo: <b>Adelma Fulgêncio dos Santos</b>	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 NEUROLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>			
( ) Consciente	( ) Orientado	( ) Desorientado	( ) Normocárdico	( ) Bradicárdico	( ) Taquicárdico	BC: _____
( ) Sedado	( ) Torposo	( ) Comatoso	( ) Normotensão	( ) Hipotensão	( ) Hipertenso	PA: _____
( ) Agitado	( ) Reage a estímulos	( ) Não reage	( ) Pulso Cheio	( ) Filiforme	( ) Arritmico	Pulso: _____
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>			
( ) Fotorreagente	( ) Mióticas	( ) Midriática	( ) VO	( ) SNG/SOG	( ) SNE/SOE	( ) GTT ( ) NPT
( ) Isocôricas	( ) Anisocôricas	( ) Não reagentes	Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial			
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia			
( ) Afebril	( ) Hipotérmico	( ) Hipertérmico	( ) Normal	( ) Diarreia	( ) Constipação	( ) Melena
( ) Febril	( ) Febre	( ) Pirexia	Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente			
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>			
( ) Hidratada	( ) Desidratada	( ) Ressecada	( ) Normotensão	( ) Distendido	( ) Globoso	( ) Flácido
( ) Normocorada	( ) Hipocorada	( ) Hipercorada	( ) Ascítico	( ) Maciço	( ) Timpânico	
( ) Anictérica	( ) Ictérica	( ) Cianótica	Ruidos Hidroáreos: ( ) Presente ( ) Ausente			
( ) Acianótica	( ) Edema Local: _____		Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não			
<b>Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não</b>			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>			
Região: _____			( ) Espontânea	( ) SVD	( ) Anúria	( ) Oligúria
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não			( ) Poliúria	( ) Disúria	( ) Colúria	( ) Hematória
FO: ( ) SIM ( ) NÃO			( ) 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: _____		Trocárem: _____
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não		Local: _____		Curativo realizado em: _____		Trocárem: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não						
Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG		( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT		( ) Lavagem ( ) Sifonagem		
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____		
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não		Data da Instalação: _____		Trocárem: _____		
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		( )			

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA			HGR Hospital Geral de Roraima
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		<i>Leandro Figueira dos Santos</i>			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	18	DATA	07/02/19
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			5N
2		AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			17
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H			18
4		TILATIL 20mg 12/12hs			18
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)			18
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			18
9		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
10		SSVV + CCGG 6/6 H			Rötine
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
14		CURATIVO DIARIO			Curativo
15		<i>Fluanase 40 lug (SC) 1x ao dia</i>			16
16		<i>paracetamol 400 mg 8/8 horas (EV)</i>			14-20
17		<i>omeprazol 40 lug (EV) 12/12 horas</i>			18 00
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	140x73	80	36.2
12 H	145x73	75	36°C
18 H	150x75	84	36.4°C
24 H	151x60	73	36.4°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.  
*Pablo Caraballo Chaves*  
*Residência Cirúrgica*

18

18

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
		PREScrição MEdICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DM			
PACIENTE	20/07/19	118		118			
DIAGNÓSTICO		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
ALERGIAS		LEITO	14	DATA	03/08/19		
IDADE		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
ÍTEM							
1	DIETA ORAL LIVRE					5N	
2	AVP: SF 0.9% 500ml, 1x dia		8/8 horas	12		20:04	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						
4	TILATIL 20mg 12/12hs						
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	S/N				5N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					S/N	
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 MMHG						
14	CURATIVO DIÁRIO						
15	Onze de 40 mg 01x dia a dia					16	
16	mais duas doses de 40 mg 01x dia 8/8 horas					14:20:06	
17	Quinze de 40 mg 01x dia 10/10 das					18:00	
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MEDICA:							
Ao bloco para programação cirúrgica							
SINAIS VITAIS		PD	FC	TAX	MÉDICO RESIDENTE EST. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
6 H	145x64	91	36°	Adriano Morais No Enfarragamento CORRER GERAL TE	Assinatura		
12 H	137x63	77	36°C		Assinatura		
18 H	139x65	80	36x5°C		Assinatura		
24 H	155x71	85	37.4°C		Assinatura		

18

18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO		DIH	09/	DN		
PACIENTE ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS						
AGNÓSTICO FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO						
ALERGIAS	HAS	DM2				
IDADE	72A	LEITO	F18	DATA 04/02/2019		
ÍTEM					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	SN				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina				
12	CURATIVO DIÁRIO	MC60				
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  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1918/RR

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				Dr. MARCELO MARQUES	
SINAS VITais				Residente de Ortopedia e Traumatologia	
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	PR.		
12 H	120x80	79	36 °C		
18 H	143x78	80	36.2	39	
24 H	130x60	88.	36.6	81	
06 H	160x80	83.	36.4	82	

18



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

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

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

<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 infecção	( ) _____

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Geraldo Júlio Flávio, 444 - Rio Branco - RR



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

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ALERGIAS	LEITO		DATA	05/02/2019
IDADE		PREScriÇÃO		HORÁRIO
ITEM				SN
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
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 DIARIO			
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H			
12 H	141/70	78	36,7
18 H	170/82	70	36,6
24 H	180/70	83	36,1°C

18/07 paciente no 2º dia  
comissão C.R.

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPÉDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



## 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>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 - aerosol <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>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>			
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torposo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso	
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico	
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>			
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT	
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial			
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia			
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena	
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente			
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>			
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido	
<input type="checkbox"/> Normosorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico	
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Acianótica	<input type="checkbox"/> Edema	Local: _____	<input type="checkbox"/> Visceromegalias:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
Região: _____				<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual: _____			<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Uropen
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>			<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</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	
			Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
			Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Sinal de infecção no sítio da punção: <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			
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<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"/> Infecção da infecção	<input type="checkbox"/> _____

18

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Edson Lito</i>	<i>Dr. Mautz</i>			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>18</i>	DATA	<i>6/08/19</i>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>5M</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				<i>16</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>16</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs			(18) NTF	<i>16</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	S/N			<i>16</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>16</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>16</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>16</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	<i>Permaneça no p/ 80 leito</i>				<i>16 NTF</i>
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Ao bloco para programação cirúrgica					
<i>?0 P max</i>					
SINAIS VITais					
6 H	<i>150x80</i>	<i>06</i>	<i>35</i>		
12 H	<i>161x81</i>	<i>37</i>	<i>35.9</i>		
18 H	<i>110x70</i>	<i>67</i>	<i>36</i>		
24 H					

*Pablo Cesar*  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

*Carvalho*



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

18

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	
F	06.02.19	Santos	idade:	Sexo: ( ) F (X) M
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Hipótese Diagnóstica:		
Procedência:				
Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não		( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerosol ( ) Gotícula - perdigotos		
Alergia: ( ) Sim ( ) Não		Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não		Qual idioma:		
Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não		Obs:		
Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação		( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante		
SISTEMA NEUROLOGICO				
( ) Consciente ( ) Orientado	( ) Desorientado	( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico	BC: _____	
( ) Sedado ( ) Torpido	( ) Comatoso	( ) Normotensão ( ) Hipotensão ( ) Hipertenso	PA: _____	
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos	( ) Não reage	( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico	Pulso: _____	
PUPILAS				
( ) Fotorreagente ( ) Mióticas	( ) Midriática	( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT		
( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas	( ) Não reagentes	ACEITAÇÃO DA DIETA: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA				
( ) Afebril ( ) Hipotérmico	( ) Hipertérmico	( ) Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia		
( ) Febril ( ) Febre	( ) Pirexia	( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena		
CARACTERÍSTICAS DA PELE				
( ) Hidratada ( ) Desidratada	( ) Ressecada	( ) Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente		
( ) Normocorada ( ) Hipocorada	( ) Hipercorada	( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido		
( ) Anictérica ( ) Ictérica	( ) Cianótica	( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico		
( ) Acianótica ( ) Edema Local:		RUIDOS HIDROAÉREOS: ( ) Presente ( ) Ausente		
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não		Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não		
Região: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não	FO: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Espontânea ( ) Poliúria ( ) Cistostomia	( ) Anúria ( ) Colúria ( ) Hematúria	( ) Oligúria ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen
SISTEMA RESPIRATÓRIO				
( ) Eupneico ( ) Bradipneico	( ) Taquipneico	( ) Dispneico	( ) Ar ambiente	( ) Traqueostomia
Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não	Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____	
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	( ) Sim ( ) Não			
Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG	( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	( ) Lavagem ( ) Sifonagem	Quantidade: _____	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____			
ateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não	Data da Instalação: _____	Trocarn em: _____		
Prótese: ( ) Sim ( ) Não	Tipo: _____	Local: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) _____		
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____		
( ) Risco de glicemia instável	( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene	( ) _____		
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	( ) Conhecimento deficiente	( ) _____		
( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Comunicação verbal prejudicada	( ) _____		
( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Risco de dignidade humana comprometida	( ) _____		
( ) Eliminação urinária prejudicada	( ) Processos familiares disfuncionais	( ) _____		
( ) Risco de constipação	( ) Risco de quedas	( ) _____		
( ) Diarreia	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) _____		
( ) Incontinência intestinal	( ) Dor aguda	( ) _____		
( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Dor crônica	( ) _____		
( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Náusea	( ) _____		
( ) Integridade da pele prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração	( ) _____		
( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Risco de infecção	( ) _____		

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS	Fiss. Transito contínuo fava direito				
DIAGNÓSTICO	Fiss. Transito contínuo fava direito	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ALERGIAS		LEITO	FI	DATA	07/02/2019	
IDADE	72 ANOS	PRESCRIÇÃO				
ITEM		HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE	12	18	20	06	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					
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 DIARIO					
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA					
16						
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
19						
20						
	10 mg EV 8/8h (S/N)					
EVOLUÇÃO MÉDICA: TRANSITÓRIA 50MG EV 8/8H S/N TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA						
SINAIS VITais PA FC T F Prolisse S. Gomes MÉDICO RESIDENTE EM 6 H 130x80 69 36,7 <sup>o</sup> ORTOPEDIA E 12 H 130x70 85 36 <sup>o</sup> C TRAUMATOLOGIA, 18 H 140x75 82 36,3 39 24 H 151x77 83 36 <sup>o</sup> F TRAS 10h						

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE-SEGURADORA S/A  
Av. Conselheiro Júlio Bezerra, 484 - Dois Vizinhos - PR

18



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

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

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico
<b>PUPILAS</b>		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>		<b>EVACUAÇÕES</b>		
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia			Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Ruidos Hidroáreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Acianótica	<input type="checkbox"/> Edema Local:		Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>	
Região:			<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria	
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria	
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Uropen
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual:		
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>		<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</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
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	Quantidade:	
Dreno de:	Aspecto da secreção:			
Ateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da Instalação:	Trocarn 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

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			
DIAGNOSTICO	FRATURA TRANSTROCANTERICA FEMUR DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	72A	LEITO	DATA	
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	SN		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSV/V + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO	6/6		
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 DM/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.

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

# SOLICITADO :

# CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS				
# PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	PA	FC	FR
6 H		155/74	80	—
12 H		155/74	80	36,3
18 H		155/74	79	36,3
24 H		155/74	77	36,1
06: 130x70 85. 20 36,3				

Dr. MARCELO MARQUES  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

as 15:30

Realizado a troca de  
AVP. Pacote no leito, divo.  
SSV e admi.  
Liquido e PM.

18



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

Bloco: F	Data: 08.02.19	Enfermaria:	Leito:																																													
Nome Completo: Adelmo dos Santos		Idade:	Sexo: ( ) F ( ) M																																													
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:																																															
Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não	( ) Padrão	( ) Contato	( ) Goticula - aerossol ( ) Goticula - perdigotos																																													
Alergia: ( ) Sim ( ) Não	Qual (is):																																															
Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não	Qual idioma:																																															
Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não	Obs:																																															
Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação	( ) Acamado	( ) Cadeira de rodas	( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante																																													
<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage																																																
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotensão ( ) Hipotensão ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico Pulso: _____																																																
<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 Flatus: ( ) Presente ( ) Ausente																																																
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia																																																
<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não																																																
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica ( ) Acianótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não																																																
<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVO ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematória ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropênia																																																
<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 Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG eno de: _____ Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ( ) Sim ( ) Não Tipo: _____ Local: _____																																																
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> <table border="1"> <tr> <td>( ) Deglutição</td> <td>( ) Padrão respiratório ineficaz</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>( ) Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de glicemias instáveis</td> <td>( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td>( ) Conhecimento deficiente</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos excessivo</td> <td>( ) Comunicação verbal prejudicada</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos deficiente</td> <td>( ) Risco de dignidade humana comprometida</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Eliminação urinária prejudicada</td> <td>( ) Processos familiares disfuncionais</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de constipação</td> <td>( ) Risco de quedas</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Diarreia</td> <td>( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Incontinência intestinal</td> <td>( ) Dor aguda</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Padrão de sono prejudicado</td> <td>( ) Dor crônica</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Mobilidade física prejudicada</td> <td>( ) Náusea</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Integridade da pele prejudicada</td> <td>( ) Risco de broncoaspiração</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>( ) Risco de infecção</td> <td>( ) _____</td> </tr> <tr> <td>( ) Efeito prejudicado</td> <td>( ) Ventilação espontânea prejudicada</td> <td>( ) _____</td> </tr> </table>				( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) _____	( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____	( ) Risco de glicemias instáveis	( ) 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	( ) _____	( ) Efeito prejudicado	( ) Ventilação espontânea prejudicada	( ) _____
( ) Deglutição	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) _____																																														
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	( ) _____																																														
( ) Risco de glicemias instáveis	( ) 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	( ) _____																																														
( ) Efeito prejudicado	( ) Ventilação espontânea prejudicada	( ) _____																																														

FJ8

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
		PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	<i>Edilson</i>	<i>11 que se dos pants</i>		<i>12 trans procederá para o</i>			
DIAGNÓSTICO	<i>fractura</i>	<i>12 trans procederá para o</i>		<i>13</i>		<i>NEGA</i>	
ALERGIAS	<i>12</i>	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	<i>70</i>	LEITO	<i>13</i>	DATA	<i>9/08/19</i>	HORÁRIO	
ITEM	PREScrição						
1	DIETA ORAL LIVRE						<i>SN</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia						<i>le</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						<i>trat</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs						<i>rip.</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N						<i>SN</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						<i>SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						<i>SN</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS						<i>14/08/06</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H						<i>Rotina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						<i>SN</i>
14	CURATIVO DIARIO						<i>curativo</i>
15	<i>1000 mg 60 1x ao dia.</i>						<i>10</i>
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
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	140x70	90
	36.2	130x70	80

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*Edilson*



10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Centro Médico São Paulo - CRM-SP-1000



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

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

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SP-17178

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS	P.A.	FC	T
6 H	140/60	82	
12 H	132/76	79	35°C
18 H	140/60	78	36°C
24 H	150/70	80	36°C

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
ITEM			DATA	11/02/2019
1		DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO SM	
2		AVP	madrugada	
7		ONDASENTRONA 1 AMP EV 8/8H S/N	?	
8		DIPIRONA 500MG VO 1CP 6/6H S/N	SN	
9		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11		SSVV + CCGG 6/6 H		
12		CURATIVO DIÁRIO	18	
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 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE				
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
# SOLICITADO :				
# CONDUTA: MANTIDA				
SINAIS VITAIS				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/80	85	20	36,8°C
18 H	163/98	88	=	35,19
24 H	153/66	99	=	36,8°C
06:00 PA:140x70 mm Hg P=90 T=36,1°C				
Dr. MARCELO MARQUES Residente de Ortopedia e Traumatologia				
José S. Galvão Residente de Ortopedia e Traumatologia				



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIII	DN
PACIENTE	ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO		HAS	NEGA
ALERGIAS		LEITO	DATA
IDADE			12/02/2019
ITEM		PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12	24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN		23h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CI <sup>2</sup> 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 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		16h
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORRIGÇÃO 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/MIL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

15:36 - Realizado acesso venoso periférico mamas G, gelos ok  
(SEM EFEITO)

Tereza P.A. Batista  
Téc. Enfermagem  
COP/EN RR 71679

Tereza P.A. Batista  
Téc. Enfermagem  
COP/EN RR 71679

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TC
6 H	130x60	81	22 ppm	36,4°C
12 H	143x68	84	19	36,2°C
18 H	140x62	83	21	36,6°C
24 H	140x62	83	21	36,6°C

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.  
CRM 1917122

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologa  
CRM 1917122

Enfermeira de Enfermagem  
COP/EN RR 71679



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

18

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

<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torposo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			<input type="checkbox"/> Evacuações:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Flatos:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico
<input 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 type="checkbox"/> Acanótica	<input type="checkbox"/> Edema Local:		<input type="checkbox"/> Visceromegalias:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
Região:			<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 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"/> Uropênia
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>			<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</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 checked="" type="checkbox"/> Não	Qual:				
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	Data:		Trocár em:	
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	Curativo realizado em:		Trocár em:	
Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem	
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	Quantidade:	
Ureia de:			Aspecto da secreção:		
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Data da Instalação:		Trocár em:	
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tipo:		Local:	

<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

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DIH	DN		
PACIENTE	<i>Adelmo Filgueira dos Reis</i>						
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE			LEITO	<i>(X)</i>	DATA	<i>13/08/19</i>	
ÍTEM			PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>818 horas. 14</i>			<i>22/06</i>	
2	AVP: SF0.9% 500ml		<i>100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA</i>			<i>SN</i>	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					<i>14/06</i>	
4	TILATIL 20mg 12/12hs					<i>14/06</i>	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6		<i>S/N</i>			<i>14/06</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9%		<i>100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA</i>			<i>SN</i>	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h		<i>(S/N)</i>			<i>14/06</i>	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					<i>14/06</i>	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h		<i>(S/N)</i>			<i>14/06</i>	
10	SSV+CCGG 6/6 H					<i>SN</i>	
12	CAPTOPRIL 25MG VO		<i>SE PAS&gt; 160 E/OU PAD&gt; 110 MMHG</i>				
14	CURATIVO DIARIO						
15	<i>FIBERL mas 1 anel topo fraco</i>					<i>18/06</i>	
16	<i>Dif. Cefalurozine 2g 60 12/12hs</i>					<i>18/06</i>	
17							
18							
19							
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>							
<i>bloco para programação cirúrgica</i>							

*Pati out seu favela devo  
Pres ouro agno 6*

*Paulo Carvalho Júnior CRM 1900*

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	111/67	70	35.1
18 H	101/60	70	36.1
24 H	101/60	70	36.1

*MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.*

*Paulo Carvalho Júnior CRM 1900*

18



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

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

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 AGO 2019

GENE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Barreto, 414 - Boa Vista - RR

BLF

F-18



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/**HLI**

Eu Adelina Fagundes da Silva CPFnº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de 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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

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

Assinatura do paciente: Adelina Fagundes da Silva

Responsável:

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

Nome \_\_\_\_\_

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

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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: \_\_\_\_\_

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

Assinatura/carimbo do Medico Regulador



1 - 18



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL

RETAGUARDA/HLI

Eu \_\_\_\_\_ CPFnº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de 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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

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

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

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

Responsável:

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

Nome \_\_\_\_\_

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

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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.

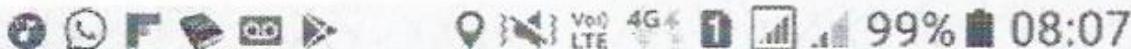
Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

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

Assinatura/carimbo do Medico Regulador



# **NISTRO 3190271357 - Resultado do beneficiário**

**TI**MA ADELMO FILGUEIRA DOS SANTOS

**OBERTURA** Invalidez

**ONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO P**

**DENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**NEFICIÁRIO** ADELMO FILGUEIRA DOS SAN

**NPJ:** 08535515291



**edição em 28-05-2019 09:05:53**

Seu pedido de indenização está em fase final. A indenização será paga pela Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar este site dentro de 4 dias.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>
29/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00