

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00018.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/12/2017

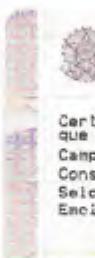
Hora: 19:35:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

| | |
|-------------|--|
| COMUNICANTE | Nome: Maria Valéria Miguel de Assis% |
| | Conhecido por: Não informado |
| | Filiação: Maria de Lourdes de Assis Machado e C'cero Miguel da Silva |
| | Idade: 32 |
| | Data de Nascimento: 04/02/1985 |
| | Identidade de Gênero: feminino |
| | Nacionalidade: brasileira |
| | Estado Civil: união estável |
| | Escolaridade: Não informado |
| | Profissão: Do Lar |
| VITIMA | Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.294-66 |
| | Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 82, Catolé, Campina Grande, PB |
| | Complemento: Não informado |
| | Telefone: (83) 98651-2705 |
| | Nome: Ricardo Márcio Fernandes |
| | Conhecido por: Não informado |
| | Filiação: Ana Maria Ernesto Clemente e Carlos Antonio Fernandes |
| | Idade: 34 |
| | Data de Nascimento: 29/03/1983 |
| | Identidade de Gênero: masculino |
| | Nacionalidade: brasileira |
| | Estado Civil: união estável |
| | Escolaridade: Não informado |
| | Profissão: Servente |
| | Documentos(s) de Identificação: CPF nº 040.237.354-50 |
| | Endereço: Travessa Oito de Dezembro, Catolé, Campina Grande, PB |
| | Complemento: Não informado |
| | Telefone: (83) 98651-2705 |



2º Cartório de Notas da Campina Grande - PB
Babellá: Maria de Fátima Leitão Cordeiro
Praça da Bandeira, 105, Centro - C.Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 426 - III do CPC)
Campina Grande-PB 30/01/2019
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: AGJ61921-SC05
Envi: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fapj R\$0,44 MP R\$0,04



Célia Maria Barbosa
2º Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

1/3



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:27:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231727588010000022244147>
Número do documento: 1907231727588010000022244147

Num. 22933635 - Pág. 1

| | |
|-------------------|---|
| TESTEMUNHA | <p>Nome: Fabricio Salvador da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Valdira Maria dos Santos e Fenrnando Salvador da Silva Idade: 29 Data de Nascimento: 12/11/1988 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.284-94 Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 89, Catolé, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98837-1761</p> |
| TESTEMUNHA | <p>Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgilio Rosa da Silva Idade: 45 Data de Nascimento: 23/09/1972 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Itaporanga D'ajuda Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Pedreiro Documentos(s) de Identificação: CPF nº 269.439.878-28 Endereço: Rua Ariús, 65, Catolé, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98666-4919</p> |

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé no momento em que estava juntado reciclagem, quando foi atingida (Atropelada),por um Veículo de sinal e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após ter atropelado se evadindo do local do acidente,logo a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Fêmur na perna esquerda, tendo esta sido socorrida pelo SAMU e encaminhado ao hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Célia Maria Barbosa
2º Tabel. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



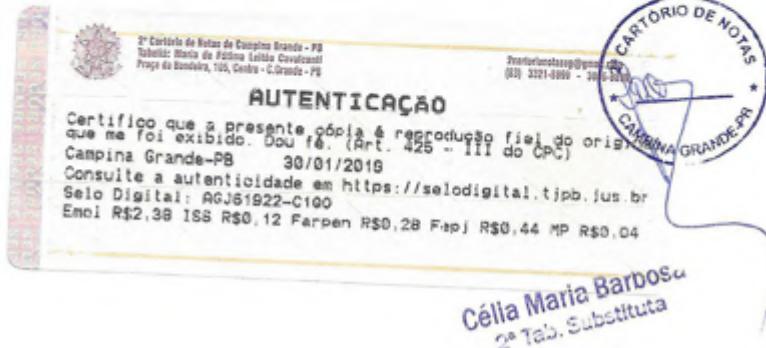
Campina Grande/PB, 26 de janeiro de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

MARIA VALÉRIA MIGUEL DE ASSIS

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:27:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231727588010000022244147>
Número do documento: 1907231727588010000022244147

Num. 22933635 - Pág. 3



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| DATA: 15/12/2017 | HORA: 19:35 HS | ID Nº: 1658902 |
| NOME: RICARDO MARCIO FERNANDES | | |
| QUEIXA: ATROPELAMENTO | | |
| LOCAL: AV. FLORIANO PEIXOTO - MALVINAS | | |
| COMPLEMENTO: | | |
| CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB | | |
| DADOS DA REMOÇÃO | | |
| Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma | | |
| | | |

Campina Grande, 19 de janeiro de 2018.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317275964700000022244149>
Número do documento: 19072317275964700000022244149

Num. 22933637 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280035600000022244152>
Número do documento: 19072317280035600000022244152

Num. 22933640 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO MARCIO FERNANDES

Nº Sinistro: 3180130905

Vitima: RICARDO MARCIO FERNANDES

Data do Acidente: 15/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180130905**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Pag. 01281/01282 - carta_07 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12602392



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280194900000022244156>
Número do documento: 19072317280194900000022244156

Num. 22933644 - Pág. 1



Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: steadvocacia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304;

OUTORGADOS: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES, OAB/PB nº 18.251, JOSÉ LEANDRO OLIVEIRA TORRES, OAB/PB nº 18.368, MARLION LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485, KAIJO DANILLO COSTA GOMES DA SILVA, OAB/PB 20.250 com escritório profissional na Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB;

PODERES: Atraves do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTES nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabeleccido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabeleccer, renunciar, desistir, reconhecer a procedencia do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais e órgãos da administração publica direta e indireta, praticar quaisquer instancias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

CONTRATO DE HONORARIOS: NESTE INSTRUMENTO, LIDO E FIRMADO ENTRE AS PARTES, O OUTORGANTE COMPROMETE-SE A PAGAR AOS OUTORGADOS O PERCENTUAL DE 30% A TITULO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, CALCULADOS SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO (APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA) OU SOBRE O ACORDO FIRMADO ENTRE OS LITIGANTES.

Campina Grande/PB, 05 de agosto de 2018.

Ricardo marcio fernandes
OUTORGANTE





Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB. E-mail:
stadvocacia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, **RICARDO MARCIO FERNANDES**, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande/PB, 04 de julho de 2018.

Ricardo marcio fernandes
RICARDO MARCIO FERNANDES



15/12/2017



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA *

PRONT (B.E) Nº: 1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/12/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

PACIENTE: RICARDO MARCIO CEP: 58400002 Nascimento: 29/03/1983

FERNANDES

Endereço: FLORIANO PEIXOTO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO

CLÉMENTE

Responsável: TRAZIDO PELA SAMU

Data de: Atend.: 15/12/2017

Estado Civil:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abração
2. Amputação
3. Avultação
4. Causação
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Erisíma subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corte
15. F. Cortante
16. F. Fértil-cortante
17. F. Fértil-cortante
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingestamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tóxica
25. Luxação
26. Nodulosa
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Perda
32. Parafusaria
33. Quimoseira
34. Rincoseira
35. Síndrome da hæmato
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: Wagner Luiz Gonçaga Fernandes

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO DADOS CLÍNICOS

Acidente rodoviário de trânsito envolvendo veículo particular de cor azul, placas de nº 58432-809, que perdeu controle do veículo e bateu contra mureta de concreto, não havendo feridos.

Exame

RAID X
REALIZADO EM:
15/12/17

ALERGIA: /

MEDICAMENTOS: /

PATOLOGIAS: /

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

As pupilas normais

PA: 100 mmHg

CP: Normal sem alterações

SG: Glauco 15

GTS: 5

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARCER MÉDICO:

Especialista: Wagner Luiz Gonçaga Fernandes / hs : Dia / /

Especialista: / hs : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1 | Alça de Cr. contd | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Wagner Luiz Gonçaga Fernandes

15/12/2017

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

| DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ ; _____ hs. | | SERVIÇOS REALIZADOS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|---------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico _____ <input type="checkbox"/> Internação (setor) _____ <input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ | | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revista <input type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> Óbito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>[Assinatura]</i> Ass. do paciente ou responsável (quando necessário) | | <table border="1"><thead><tr><th>CÓDIGO/PROCEDIMENTO</th><th>CBO</th><th>IDADE</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table> | | | CÓDIGO/PROCEDIMENTO | CBO | IDADE | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| CÓDIGO/PROCEDIMENTO | CBO | IDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1562773

2/2



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

| | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Nome: <u>Ricardo Marci Fernandes</u> | | Bairro: <u>Florenó Peixoto</u> |
| End: | <u>R: Nova</u> | Documento de Identificação: |
| Data de Nascimento: | <u>29.03.83</u> | Data do Atend.: |
| Queixa: | <u>Atropelamento</u> | Hora: <u>19:44</u> Documento: |
| Acidente de trabalho? | (<input type="checkbox"/>) Sim | (<input type="checkbox"/>) Não |

Classificação de Risco

| | |
|--|---|
| Nível de consciência: (<input type="checkbox"/>) Bom (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Baixo | Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Calmo (<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor (<input type="checkbox"/>) Gemente |
| Frequência respiratória: | Frequência cardíaca: |
| Pressão arterial: | Temperatura axilar: |
| Dosagem de HGT: | Mucosas: (<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input checked="" type="checkbox"/>) Pálida |
| Deambulação: (<input type="checkbox"/>) Livre (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Maca | |

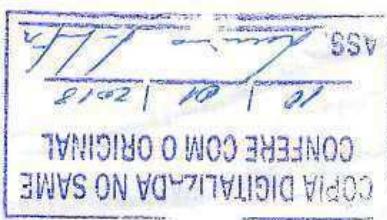
Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional





Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

| | | | | |
|---|---------------------|--|--|---|
|  Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | | 2 - CNES 2362856 | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | | 4 - CNES 2362856 | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES | | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO 1562851 | |
| 7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973 | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983 | 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO Díg. 83 N° DE TELEFONE | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS | | 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 15 - UF 250400 PB 58400002 | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dom em. Cx + 2 (6) PSS trauma</i> | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de TTO Cirúrgico.</i> | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>X - X</i> | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>tx flumin</i> | | 21 - CID 10 PRINCIPAL <i>(6)</i> | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | |
| 26 - CLÍNICA 02 | | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02 | 28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF) | 29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFESSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549 |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017 | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner Falcao</i> | |
| 33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO | | | | |
| 34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | | | |
| 35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA | | | | |
| 37 - N° DO BILHETE | | | | |
| 38 - SÉRIE | | | | |
| 39 - CNPJ EMPRESA | | | | |
| 40 - CNAE DA EMPRESA | | | | |
| 41 - CBOR | | | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR (<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO (<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO (<input type="checkbox"/>) APOSENTADO (<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR | 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 46 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input checked="" type="checkbox"/> CPF) | | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i> | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>/ /</i> | |



Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---------------------------------------|
| SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | | 2 - CNES 2362856 | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | | 4 - CNES 2362856 | | |
| Identificação do Paciente | | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES | | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO 1562851 | | |
| 7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973 | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983 | | |
| 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> | | | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE | | |
| 11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE FONE | | | 12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande | | | 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO | 15 - UF | 16 - CEP 250400 PB 58400002 |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença de 670 dias.</i> | | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Acidente de trânsito.</i> | | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames.</i> | | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | 25 - CÓDIGO DO PROCEIMENTO | | |
| 26 - CLÍNICA | | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02 | 28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF) | 29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549 | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017 | | | |
| 32 - ASSINATURA E CARAMBÔ (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner Falcao</i> | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | | |
| 33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 36 - CNPJ DA SEGUROADORA | | | 37 - N° DO BILHETE | 38 - SÉRIE |
| 34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | | | | |
| 35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | 39 - CNPJ EMPRESA | | | 40 - CNAE DA EMPRESA | 41 - CBDR |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR | 43 - AUTÔNOMO (<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO | | | 44 - APOSENTADO | 45 - NÃO SEGURADO |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 47 - COD. ORGÃO EMISSOR | | 48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 49 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF) | | 50 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 52 - ASSINATURA E CARAMBÔ (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |





**GOVERNO
DA PARAÍBA**
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

ORTOPEDICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

| Paciente | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------|--|--|---|
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
| 29/12 | 1 DIETA LIVRE 2 SE 0,9% 1500ML EV p/f 24H 3 CUNDAMICINA 600MG + ABD EV 1X/DIA LENTO 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1X/DIA LENTO 5 DIPRORONA 1g + ABD EV 6/6H 6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,05% EV 8/8H 9 NALISFORON 2mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JERUM 11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 12 CURATIVO 1 X DIA 13 SSIV+COGG | 10:20 30 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 | 1º DP D DIH ORTOPEDIA BEG estavel sem intercorrências # CD: VPM Análise 2/12 amanhã |
| | <i>Conzere pe 2mg VO naite</i> <i>Neofine 60mg</i> <i>al 30ml de soro</i> <i>curativo</i> | | <i>Dr. Júlio César Castro</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> |
| 30/12 | <i>9h12 hora flex curativo</i> <i>curativo</i> | | |

MOD. 936







GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO | | PRE OP. | LEITO 9-2 | |
|--------------------------------|--|---|---|----------|
| Paciente | RICARDO MARCIO FERNANDES, 34 | Alojamento | Leito | Convênio |
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica | |
| 28/11/2018 | 1 DIETA LIVRE 2 SE 0,9% 1500ML EV p/ 24h 3 CLONDAMICINA 600MG + ABD EV 5/6h 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1xDIA LENTO 5 DIPRIRONA 1g + ABD EV 6/6h 6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12h 7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8h 9 NAUSEFRON 8mg/ml 1FEA + ABD EV 8/8h, SN 10 OMEPRAZOL 40mg + DIUVENTE EV / SEJUM 11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 12 CURATIVO 1x DIA 13 SSIV/V+CCGG | 00:00 00:00 18-19-20 20-21-22 22-00-00 00-00-00 00-00-00 00-00-00 00-00-00 00-00-00 00-00-00 00-00-00 00-00-00 | " DIH ORTOPEDIA POI procedimento cirúrgico não pôde ser realizada co. Rx controll | |
| | | | | |

MOD. 815



| Data | Hora | T | P | R | PA | Diurese | Observações | Enfermagem | Assis |
|------------|-------|---|---|---|----|---------|-------------|------------|-------|
| 29/07/2019 | 18:45 | | | | | | | | |

de enfermagem jardim
 do outubro de 2019
 medicas segundas
 na prousul
 de cada conduta
 anoreptico na
 sotoral de pos
 para lú anorexi
 de noite

14
 10





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| | | | |
|---|---|------------|---|
| FX DIAFISE FEMUR E | | | |
| LEITO 9-2 | | | |
| Paciente | Alojamento | Leito | Convenio |
| RICARDO MARCIO FERNANDES, 34 | | | |
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
| 27/12 | 1 DIETA LIVRE 2 JEICO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 5/N 5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 5/N 7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM X CLEXANE 40MG SC INJIA Suspens 10 500ML+C0666 | ✓ 14/12/18 | # DIH # ORTOPEDIA BEG. estável Sem intercorrências # CD: VPM Cirurgia amanh Solicite reserva CM |
| <p style="text-align: right;">Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9985</p> <p style="text-align: right;">Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9985</p> | | | |

MOD. 036



| Data | Hora | T | P | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem | Assis |
|---------------|------|---|---|---|----|---------|------------------------|--------------|
| 24/12/2018:00 | | | | | | 110 | 80 | 100 28.00 |

Rotação de sifoneira
 da lixada e
 pulpa pacífica

100
 28.00







SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

MGB 023



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:05
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728039740000022244162>
Número de documento: 1907231728039740000022244162

Núm. 22933900 - Pág. 4





**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Diagnóstico

ORTOP I
LFTQ 9.2

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA**

PRE OP

FX DIAFISE FEMURE

—LEITO 9-2

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

Alojamiento

Leite

LE
Comisión

四、结论



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:05
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728039740000022244162>
Número de documento: 1907231728039740000022244162

Núm. 22933900 - Pág. 6





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPÉDICA | | PRE OP | LEITO 9-2 | |
|---|---|------------|----------------------------|----------|
| Paciente | RICARDO MARCIO FERNANDES, 34 | Alojamento | Leito | Convênio |
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica | |
| 23/12 | 1. DIETA LIVRE | SND | B- DII ORTOPEDIA | |
| | 2. SF 0,9% 1500ML EV 0/24H | 14/12/2018 | REG, ESTÁVEL, SI 0,5cm/m². | |
| | 3. DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H | 14/12/2018 | NÚCLEO 4 EVACUAÇÕES (1) | |
| | 4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N | SN | | |
| | 5. TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOB | SN | | |
| | 6. TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H S/N | SN | | |
| | 7. NAUSEDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8H SN | SN | | |
| | 8. OMEPRAZOL 40mg + DIL DENTE EV / JEJUM | X | | |
| | 9. CLEXANE 40MG SC 1xDIA | CO FEITO | CD: VDM | |
| | 10. SSVV+CCGG | M T N | Agente cinza | |
| <small>Dr. José Pedro Oliveira Nunes ORTOPÉDICO - TRAUMATOLOGISTA CRM-PB 5251</small> | | | | |
| <small>Dr. José Pedro Oliveira Nunes ORTOPÉDICO - TRAUMATOLOGISTA CRM-PB 5251</small> | | | | |

MO.039



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280397400000022244162>
 Número do documento: 19072317280397400000022244162

Num. 22933900 - Pág. 8

| Data | Hora | T | P | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem | Assis |
|-------|-------|----|--------|---|----|---------|---|-------|
| 11/12 | 8:50 | 43 | 100x60 | | | | Pet constante ótico colostrato feito cuidados gerais medicado c/IM jato curativo seguir seu quadro aos cuidados da enfermeira | 105 |
| 3/12 | 19:45 | 74 | 120x75 | + Pet baixo medicado em rcpq qd/100 aceite dieta apetite não presente aquecida comfir oncopédica aos cuidados de enfermeira | | | | 108 |





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO | | PRE OP 015 | | FX DIAFISE FEMUR E | |
|---|--|------------|----------|---------------------|--|
| ALA ORTOPEDICA | | | | LEITO 9-2 | |
| Paciente | Alojamento | Leito | Convênio | | |
| RICARDO MÁRCIO FERNANDES, 34 | | | | | |
| Data | Prescrição Médica | Horário | | Evolução Médica | |
| 24/12 | 1 DIETA LIVRE | | | | |
| | 2 SE 0,001500ML EV pf 24H | | | | |
| | 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 8/8H | | | = DH = ORTOPEDIA | |
| | 4 TRATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N | | | BEG estavel | |
| | 5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR | | | sem intercorrência? | |
| | 6 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H S/N | | | | |
| | 7 NAUSEDIRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N | | | # CD = VPM | |
| | 8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM | | | | |
| | 9 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA | | | | |
| | 10 SSVV+CCGG | | | | |
| <p>Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-PB-9965</p> | | | | | |

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280397400000022244162>
Número do documento: 19072317280397400000022244162

Num. 22933900 - Pág. 10





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA | | PRE OP 07 | FX DIAFISE FEMUR E | | |
|--|--|-------------------|--------------------|------------------------------------|-----------|
| Paciente | RICARDO MARCIO FERNANDES, 34 | Alojamento | Leito | Convênio | LEITO 9-2 |
| Data | 1 DIETA LIVRE | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica | |
| 27/12 | 2 SF 0,9% 1500ML EV IV 24H | 500 500 500 | | 6 = DIH ORTOPEDIA | |
| | 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/8H | 12 13 24 00 | | BEG estável sem intercorrências | |
| | 4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12HS/N | SN | | # CD: VPM | |
| | 5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 HS DOR | SN | | Agendado curva | |
| | 6 TRAMAL 200MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N | SN | | | |
| | 7 NAUSEDRON 8mp/ml IFA + ABD EV 8/8h SN | SN | | | |
| | 8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM | 08 | | | |
| | 9 CLEXANE 40MG SC INJEA | 00 | | | |
| | 10 SSV/VCOGIG | CF | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280567100000022244166>
Número do documento: 19072317280567100000022244166

Num. 22933904 - Pág. 2





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO | | (10) | f ok | 9-2 | |
|--|---------------------------|-------------------|-----------------|----------|--|
| Paciente | Ricardo Mariano Fernandes | Alojamento | Leito | Convênio | |
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica | | |
| 1 – Dieta livre | | as | af fixas | | |
| 2 – S R L 500 mL I.V. 12 / 12 h. | | 180 180 180 | infecções | | |
| 3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente) | | 180 180 180 | dors. frouxos | | |
| 4 – Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL | | 180 180 | abd. fl | | |
| I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.) | | as | cúpi | | |
| 5 – Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente). | | as | q | | |
| 6 – C. C. Gerais | | as | | | |
| 7 Clevean Souza | | as | | | |
| | | | | | |

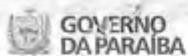


| Data | Hora | T | P | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem | Assis |
|----------|-------|---|---|---|----|---------|------------------------|-------|
| 20/12/14 | 14:00 | | | | | | | |

20/12/14 14:00

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280567100000022244166>
Número do documento: 19072317280567100000022244166

Num. 22933904 - Pág. 5



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

HISTORICO
Fevereiro

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO | | | | |
|--|-------------------|------------|-----------------|-------|
| Paciente | Domingos Marques | Alojamento | 10 | Leito |
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica | |
| 1 – Dieta livre | c | 12/24 | Rbif | |
| 2 – S.R.L 500 ml I.V 12 / 12 h. | | 12/24 | a faca expira | |
| 3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente) | | 12/24 | fica | |
| 4 – Cetoprofeno - 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL | | 12/24 | s/ dor | |
| I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.) | | | evite o h | |
| 5 – Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente). | | 12/24 | dor | |
| 6 – C. C. Gerais | | | anais | |
| → Cleiton Gonçalves (OKM) | | | | |

MOD. 935



| Data | Hora | T | P | R | PA | Dilute | Observações Enfermagem | Assis |
|----------|-------|---|---|---|----|--------|------------------------|-------|
| 31/11/14 | 08:30 | | | | | | | |





Ricardo Mancio

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

66

21 May 2011

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------------|---------------------------|---------|-----------------------|
| 12/05/2024 | Paracetamol 500mg x 3/dia | 10:00 | Bom humor, sem febre. |

18/12

1-Dieta livre

2-SRt 500 ml t.v. 12/12 h.

3-Dipirona 0,2 ml t.v. 8/8 h (lento).

4-Titattil 20 mg t.v. 12/12 h.

19/12

14

15

16

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

6-C.C.G.
→ Close up
for / HPA

30

10

10

Évolução Médica

21 24 25
✓ ✓ ✓

x

25

15

✓ 100

10



| Data | Hora | T | P | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem |
|-------|-------|---|---|---|----|---------|---|
| 18/12 | 08:00 | ~ | ~ | ~ | ~ | ~ | Documentos da enfermeira pode ser a necessidade de medicamentos eletrolytes |


 Camila Ouriques Martins
 COREF+PB
 TÉCNICO ENFERMEIRO
 1907231728056710000022244166



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

901

| BOLETIM DE ENFERMAGEM | | | | |
|--|--|--|--|--|
| NOME: | Ricardo Mário Fernandes | | | |
| IDADE: | 34 | SEXO: | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO: 29/03/83 |
| SETOR: | Amarela | | LEITO: | 10 |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: | Ortopedia | | | |
| ALERGIAS: | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | QUAIS: | |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA: | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | QUAIS: | |
| DOENÇA CRÔNICA: | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | QUAIS: | |
| PRESENÇA DE ESCARA: | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | LOCAL: | |
| PRESSÃO ARTERIAL: | HIPOTENSO <input type="checkbox"/> | NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> | HIPERTENSO <input type="checkbox"/> | |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> | ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: | DISPÉNICO <input type="checkbox"/> | TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> | EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> | BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/> |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> | POLÚRIA <input type="checkbox"/> | OLIGURIA <input type="checkbox"/> | SVD <input type="checkbox"/> |
| DUSÚRIA <input type="checkbox"/> | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> | ANÚRIA <input type="checkbox"/> | | |
| MOBILIDADE: | DEAMBULA <input type="checkbox"/> | DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/> | ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> |
| TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> | HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> | PARESIA <input type="checkbox"/> | RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> | |
| SIST. GAS. RONENTAL (DIETA): | VO <input checked="" type="checkbox"/> | SNG <input type="checkbox"/> | SNE <input type="checkbox"/> | |
| ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> | OBESO <input type="checkbox"/> | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/> |
| DADOS VITais: | PA: | T: | FR: | FC: |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM | | | | |
| RISCO DE QUEDA | CD/FR: | | | |
| RISCO DE ASPIRAÇÃO | CD/FR: | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO | CD/FR: AUP em MSD | | | |
| RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL | CD/FR: | | | |
| RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL | CD/FR: | | | |
| RISCO DE RETENÇÃO URINARIA | RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> | CD/FR: | | |
| RISCO DE SANGRAMENTO | CD/FR: | | | |
| NÁUSEA | CD/FR: | | | |
| DOR AGUDA | DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/> | CD/FR: | | |
| PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | CD/FR: | | | |
| MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | CD/FR: | | | |
| DÉFICIT NO AUTO CUIDADO | ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> | PARA BANHO <input type="checkbox"/> | CD/FR: | |
| INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | CD/FR: | | | |
| RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | CD/FR: | | | |
| RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO | CD/FR: | | | |
| | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA | | | |
| | FR: FATOR RELACIONADO | | | |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL | | | | |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | | APRAZAMENTO | ASSINATURA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. | | | | |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. | | | | |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | | | | |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | | | | |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | | | | |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. | | | | |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°. | | | | |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR Hiperemia). | Sempre | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. | continuo | | | |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA E AS REPOSTAS DO PACIENTE | Sempre | | | |







SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| Paciente | Quintas da Mata | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------|--|--|-------|--|
| Data | Prescrição Médica | Horário | | Evolução Médica |
| 7/7/12 | 1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPRORINA 2ML EV 6/6H 4 OMEPRAZOL 40MG EV JERUM 5 TRAMAL 100MG + 300ML SF 0,9 EV 8/18H S/N 6 TYLEX 30MG 1CP VD 6/6 SE DOR 7 NAUSEDRON 1,5A + AD EV 8/18H S/N 8 TRAMAL 20mg x AD EV 12/12H S/N 9 CLEXARE 40 US-SC 20/DIA 10 SSVV + CGGG | 12 09 12/18/2012 06 12/18/2012 06 12/18/2012 06 12/18/2012 06 12/18/2012 06 | 16 | PORTOPEDEIA - DIA BEG estavel sem intercessões # CD = VPM |
| | | | | |







GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PREOP:

JK
OK

| Diagnóstico | | | | |
|-----------------|--|----------------------------------|-------|--|
| Rx diaf sanve e | | | | |
| Paciente | R. C. 2.02 | Alojamento | Leito | Convênio |
| Data | Prescrição Médica | Horário | | Evolução Médica |
| 16/12 | 1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 4 DIPIRONA 2ML EV 6/6H 5 OMEPRAZOL 40MG EV JET/UM 6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N 7 TYLEX 30MG 1 CP VD 6/6 SE DOR 8 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N 9 THALIT 20 mg + AD - EV 12/12h S/N 10 CLEXANE 40 UI 50 mg/ML 11 SSVV + COCG | 5H30 et 12/12h 25/06 00 | | MORTOPEDIAR - DISC - BEG, estável sem intolerâncias PCW. VPM Dr. Julio Medicina R.H. - 3365 / C.H. - 3320 Dr. Cesar Castro Medicina R.H. - 3365 / C.H. - 3320 |

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina
CRM-J - 3365 / CRM-C - 3320

MOD. 035



| Data | Hora | T | P | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem | Assis |
|------------|-------|---|---|---|----|---------|---|-------|
| 16/07/2019 | 08:00 | - | - | - | - | 180X80 | Leila Bracardo da Silva Enfermeira em N-PG 439.154 | |





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Ricardo Manzini Ferreira Alojamento

Diagnóstico

| Paciente | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|--|---|---------|--|
| Ricardo Mancio Fernandes | Alojamento Leito 30 Convênio 15/12 D 7/172 Lame. D 6,5g 29/10 1500mg qd/8hs D 7/180g 2ml qd 6/6hs 29/06 D 7/1717 20mg qd 17/17hs 29/06 D Cloraz 500mg qd 1+ 1/100 D Tylen 900mg qd 6/6hs 29/06 | | B66, 19/12/2011. CV-UJPA 601-PER-3P Dr. Wagner Faria ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 0301-PB 2843 |
|   | | | |



Dra. Wagner Faria
WIKIOPEDIA DE TECNOMAIS TECNOLOGIA

MDD-A13



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:07
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728065070000022244168>
Número de documentos: 1002321320065070000022244168

Num. 22033006 Pág. 6



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:07
<http://pj.e.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280650700000022244168>
Número do documento: 19072317280650700000022244168

Num. 22933906 - Pág. 7



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Lúcio | Registro: 5 | Leito: 2 | Setor Atual: ENUT

2. AVALIAÇÃO GERAL

| | | | | | | |
|---------------------|--------|----------|-------------|-----------|-----------------|-------|
| Sinais vitais: Tax: | °C; P: | bpm; FR: | irpm; PA: | mmHg; FC: | bpm; SPO2: | % |
| HGT: | mg/dl | Peso: | Kg; Altura: | cm | Dor: () Local: | Obs.: |

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: (). Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

Eupnêia: Taquipnêia Bradipnêia Dispneia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectorado: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



| | |
|--|--|
| Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Cianose (<input type="checkbox"/> Sudorese (<input type="checkbox"/> Fria (<input type="checkbox"/> Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/> >3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/> | |
| Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia (<input type="checkbox"/> | |
| Auscultação cardiaca: (<input type="checkbox"/> Ritmica (<input type="checkbox"/> Arrítmica (<input type="checkbox"/> Sopro (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/> Transitório (<input type="checkbox"/> Definitivo | |
| Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico (<input type="checkbox"/> Central (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>M.S.D</i> Data da punção <i>20/12/17</i> | |
| Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS (<input type="checkbox"/> MMII (<input type="checkbox"/> Face (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido (<input type="checkbox"/> Emagrecido (<input type="checkbox"/> Caquético (<input type="checkbox"/> Obeso. | |
| Dentição: (<input type="checkbox"/> Completa (<input type="checkbox"/> Incompleta (<input type="checkbox"/> Prótese. | |
| Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO (<input type="checkbox"/> SNG (<input type="checkbox"/> SNE (<input type="checkbox"/> Gastrostomia (<input type="checkbox"/> Jejunostomia (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____ | |
| Alterações: (<input type="checkbox"/> Inapetência (<input type="checkbox"/> Disfagia (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/> Vômito (<input type="checkbox"/> Pirose (<input type="checkbox"/> Outros: | |
| Abdômen: (<input type="checkbox"/> Normotensão (<input type="checkbox"/> Distendido (<input type="checkbox"/> Tenso (<input type="checkbox"/> Ascítico (<input type="checkbox"/> Outros: | |
| RHA: (<input type="checkbox"/> Normoativos (<input type="checkbox"/> Ausentes (<input type="checkbox"/> Diminuídos (<input type="checkbox"/> Aumentados | |
| Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Líquida (<input type="checkbox"/> Constipado há dias (<input type="checkbox"/> Outros: | |
| Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Retenção (<input type="checkbox"/> Incontinência (<input type="checkbox"/> Hematuria (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h; | |
| Aspecto: (<input type="checkbox"/> Outros: Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra (<input type="checkbox"/> Ressecada (<input type="checkbox"/> Equimoses (<input type="checkbox"/> Hematomas (<input type="checkbox"/> Escoriações (<input type="checkbox"/> Outro: | |
| Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Ictérica (<input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/> Preservado | |
| Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas (<input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/> | |
| Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____ / ____ / ____ | |
| Dreno: (<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____ / ____ / ____ | |
| Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____ / ____ / ____ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Independente (<input type="checkbox"/> Dependente (<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória. | |
| Limitação física: (<input type="checkbox"/> Acamado (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/> Outro: | |
| SONO E REPOUSO | |
| (<input checked="" type="checkbox"/> Preservado (<input type="checkbox"/> Insônia (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: (<input type="checkbox"/> Preservada (<input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/> Cooperativo (<input type="checkbox"/> Medo: | |
| (<input type="checkbox"/> Ansiedade (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/> Outros: | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: (<input type="checkbox"/> Praticante (<input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Gilson S. Raposo</i> DATA: <i>20/12/17</i> HORA: <i>8:00 h</i> | |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique | Registro: 5 | Leito: 1 | Setor Atual: OUT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: (). Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos (D) (E)

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: (D) (E) () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo, () Risco de queda. Observação:

RÉGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



| | |
|--|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/> | |
| Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/> | |
| Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo | |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>1517</i> Data da punção <i>26/12/17</i> | |
| Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso. | |
| Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese. | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___ | |
| Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: | |
| Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros: | |
| RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados | |
| Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros: | |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h; | |
| Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado | |
| Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> | |
| Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___ | |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___ | |
| Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. | |
| Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: | |
| SONO E REPOUSO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>ENFERMEIRA TÉCNICO ENFERMEIRO</i> | |
| DATA: <i>27/12/17</i> HORA: <i>10:00h</i> | |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mário | Registro: 9 | Leito: 1 | Setor Atual: ORTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



| | | |
|--|-----------------------|---------------------|
| Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida. | | |
| Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>) | | |
| Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia (<input type="checkbox"/>) | | |
| Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo | | |
| Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: <input type="checkbox"/> Data da punção: <u>25/12/17</u> | | |
| Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações: | | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | | |
| Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso. | | |
| Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese. | | |
| Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____ | | |
| Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros: | | |
| Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros: | | |
| RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados | | |
| Eliminação intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há dias (<input type="checkbox"/>) Outros: | | |
| Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h; | | |
| Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações: | | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | | |
| Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro: | | |
| Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado | | |
| Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>) | | |
| Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: ____ / ____ / ____ | | |
| Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____ / ____ / ____ | | |
| Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____ / ____ / ____ | | |
| CUIDADO CORPORAL | | |
| Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações: | | |
| Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória. | | |
| Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro: | | |
| SONO E REPOUSO | | |
| (<input type="checkbox"/>) Preservado (<input checked="" type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações: | | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | | |
| Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: | | |
| (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros: | | |
| 5 - NECESSIDADES PSICODESPIRITUAIS | | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | | |
| Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações: | | |
| INTERCORRÊNCIAS | | |
| <p><i>Paciente evitava estar sozinho intubado</i> <i>MJE e insonia</i></p> | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  | DATA: <u>26/12/17</u> | HORA: <u>17:00h</u> |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mariano Fernandes | Registro: | Leito: 9 - 2 | Setor Atual: Orf 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: (). Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



| | |
|---|---|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: () | |
| Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordalgia () | |
| Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo | |
| Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção <u>21/12/17</u> | |
| Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. | |
| Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese. | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____ | |
| Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: | |
| Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: | |
| RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados | |
| Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: | |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h; | |
| Aspecto: | () Outros: Observações: |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado | |
| Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: (). | |
| Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: | Curativo em: _____ / _____ / _____ |
| Dreno: () Tipo/Aspecto: | Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____ |
| Úlcera de pressão: () Estágio: | Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____ |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. | |
| Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: | |
| SONO E REPOSO | |
| () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: | |
| () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| <p><i>- paciente MIE no dia fez com peso</i> <i>- aguandoendo curva</i></p> | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>21/12/17</u> HORA: _____ h | |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Fernandes | Registro: 8301 | Leito: 9-2 | Setor Atual: Orto
Idade: 34 | Sexo: M | Cor: Amarela | Estado Civil: União | Naturalidade: | Profissão:
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: / / | Data da internação no setor: 20/12/17
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: | Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: | Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: | Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: Prejudicada

Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia* () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E; () Selo d'água

Data da inserção do dreno: / / | Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / | Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar | Observação:



SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme Cheio.

Pele: Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () >3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Precordialgia: ()

Ausculta cardíaca: Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5 D Data da punção: 20/12/17

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: VO () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: Normocativos: () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: Úmidas () Secas Manifestações de sede: (). Hidratação

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Próx operatório / traçado Curativo em: / /

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória:

Limitação física: Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

Comunicação: Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUais**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

ERSantos

Elisângela Roseane dos S. Almeida
ENFERMEIRA
COREN-RS 473385

DATA: 20/12/17

HORA: 17:50 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

100







ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **RICARDO MARCIO FERNANDES** Protocolo: **0000375203** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA** Data: **16-12-2017 11:31** Origem: **ÁREA AMARELA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **34 anos** Destino: **Leito - 10**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/12/2017 12:05]

Resultados Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 4.3 milhões/mm³ | 4,2 à 6,0 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 12,8 g/dL | 13,5 à 16,0 g/dL |
| Hematócrito..... | 38 % | 40,0 à 52,5 % |
| V.C.M..... | 89 fL | 82,0 à 92,0 fL |
| H.C.M..... | 30 pg | 27,0 à 31,0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 32,9 à 36,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | |
|----------------------------|-------------------------------------|--|
| Leucócitos..... | 6.800 /mm³ (%) | 5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³) |
| Neutrofílos | | |
| Promielócitos..... | 0 | 0 |
| Mielócitos..... | 0 | 0 |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 |
| Bastonetes..... | 2,0 | 136 |
| Segmentados..... | 74,0 | 5.032 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³ |
| Eosinófilos..... | 1,0 | 68 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³ |
| Basófilos..... | 0 | 0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³ |
| Linfócitos | | |
| Típicos..... | 21,0 | 1.428 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³ |
| Atípicos..... | 0 | 0 |
| Monocitos:..... | 2,0 | 136 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 210.000 mm³ | 140.000 a 400.000 mm ³ |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Emissão: 16/12/2017 13:27 - Página 1 de 1

Lilie Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317280796800000022244173
Número do documento: 19072317280796800000022244173

Num. 22933911 - Pág. 3



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ricardo Mariano Fernandes Idade: 34 anos
Convênio: SVS Data: 20/10/12
Procedimento: Tto Cirúrgico de Fratura de Fémur.

Cirurgião: Dr. Yury Auxiliar: Dr. Júlio. Anestesista: Dr. Taylor.
Início: 14:20. Término: 16:00. Anestesia: Rágua.

Assinatura Apontado(a) **Circulante**

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

| <i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i> | <i>Hora entrada</i> | <i>Hora saída</i> |
|--|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2 | | |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2 | | |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | |
| TOTAL DE PONTOS: | | |



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| PACIENTE: Ricardo Mário Fernandes DR 29-03-19 83 | | | | | GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes | |
|---|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------|--|--------------------------|
| QI | LEITE | CONVÉNIO | IDADE | REGISTRO | | |
| CIRURGIA TTO corr. Fratura de Fémur | | CIRURGÃO Dr. Yuri + Dr. Júlio | | | | |
| ANESTESIA | Raqui | ANESTESIA | Dra Taylara | | | |
| INSTRUMENTADORA | rebeca | DATA | INICIO | FIM | | |
| | | 28-12-17 | 14:20 | 16:00 | | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTESICAS | | Bolsa Colostomia | Qty. | FIOS | CÓDIGO |
| | Adrenalina amp. | 01 | Calef. p/ Oxg | | Calgut cromado Sertix | |
| | Atropina amp. | 01 | Catet. De Uriná Sist. Fech. | | Calgut cromado Sertix | |
| | Diazepam amp. | 08 | Compressa Grande | | Calgut cromado Sertix | |
| | Dimore amp. | | Compressa Pequena | | Calgut Simples | |
| | Dolanilina amp. | | Cotoncide | | Calgut Simples Sertix | |
| | Efrane ml | | Dreno | | Calgut Simples Sertix | |
| | Fenegam amp. | | Dreno Kerr n° | | Calgut Simples Sertix | |
| 01 | Fentanil ml | | Dreno Peritoneal n° | | Cera p/ osso | |
| | Inova ml | | Dreno Pezzer n° | | Ethibond | |
| | Ketalar ml | | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | |
| 01 | Mepacaina 2% ml | | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | |
| 01 | Mepacaina 1% ml | | Equipo de Sangue | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Pavulon amp. | | Equipo de PVC | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Protigmine amp. | | Espiradrapo Largo cm | | Fio de Algodão Sulupak | |
| | Protoxido l/m | | Furacim ml | | Fio de Algodão Sulupak | |
| 01 | Oxigênio l/m | BS | Gase Pacote c/ 10 unidades | | Fita cardíaca | |
| | Rapifen amp. | | H ₂ O, ml | | Mononylon | |
| | Thionembutal ml | | Intracath Adulto | 03 | Mononylon 2.0 | |
| | Tracrium amp. | | Intracath Infantil | | Prolene Sertix | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | 02 | Lâmina de Bisturi nº 23 | | Prolene Sertix | |
| 03 | Água Destilada amp. | | Lâmina de Bisturi nº 11 | | Prolene Sertix | |
| 81 | Decadron amp. | | Lâmina de Bisturi nº 15 | | Prolene Sertix | |
| 81 | Dipirona amp. | 08 | Luvas 7.0 <i>Proced. 6</i> | | Vicryl Sertix | |
| | Flaxidol amp. | 03 | Luvas 7.5 | | Vicryl Sertix | |
| | Flebocortid amp. | | Luvas 8.0 | 02 | Vicryl Sertix 1 | |
| 02 | Gemfibrio amp. | 06 | Luvas 8.5 | | | |
| | Glicose amp. | 05 | Oxigênio l/m | | | |
| | Glucon de Cálcio amp. | | Poliflix | | | |
| | Metacol ml | 09 | PVPI Degemente ml | | | |
| | Heparema ml | 07 | PVPI Tópico ml | | | |
| | Karakion amp. | | Sabão Antiséptico | | | |
| | Lasix amp. | 09 | Saco coletor <i>plástico</i> | | SG Normotérmico fr 500 ml | |
| | Medrotinazol. | | Seringa desc. 10 ml | | SG Gelado fr 500 ml | |
| | Plasil amp. | | Seringa desc. 20 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml | |
| | Prolamina | 03 | Seringa desc. 05 ml | 04 | SG fr 500 ml | |
| | Revivan amp. | | Sonda | | | |
| | Sliptanon amp. | | Sonda foley | | | |
| | Cefalotina 1g | | Sonda Nasogástrica | | | |
| | | | Sonda Uretral nº | | | |
| | | | Steridrem ml | | | |
| | | | Torreirinha | | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | | Vaselina ml | | | |
| | Aguilha desc. 25 x 7 | | Gelcon 18 | | | |
| | Aguilha desc. 28 x 28 | | Latese | | | |
| | Aguilha desc. 3 x 4,5 | | | | | |
| 01 | Aguilha p/ raque nº 25 | 05 | <i>eletr. roto</i> | | Oxímetro de Pulso | (X) Foco Auxiliar |
| 05 | Aeroalcool de Enfermagem | 05 | <i>selada d'água</i> | | Serra | () Eletrocautério |
| 04 | Aeroalcool 100 ml | 701 | <i>04 excova</i> | | Desfibrilador | () Oxicapiôgrafo |
| | Ataduras de Crepon | 15 | | | Foco Frontal | (X) Cardiomonitor |
| | Ataduras de Gessada | | | | Fonte de Luz | () Purificador Elétrico |
| | Azul metileno amp. | | | | | |
| | Benzina ml | | | | | |
| EQUIPAMENTOS | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Oxicapiôgrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Purificador Elétrico | | | | | | |
| CIRCULANTE RESPONSÁVEL | | | | | | |
| Vanda Luiz Medeiros | | | | | | |
| TÉC DE ENF PRIMAGEM | | | | | | |
| COREN - PB 703.722 | | | | | | |





Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 2968

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

RICARDO MARECIO FERNANDES

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

1562773

PROCEDIMENTO REALIZADO

FRACTURA DE FEMUR (1)

| PRODUTO | REF. | QUANT. | CÓD. ROMP. |
|---------------------------|------|--------|------------|
| PLACA LARGA 4,5 x 10F | | 03 | |
| PARAF. CORT. EAC 4,5 x 32 | | 03 | |
| " " " " x 34 | | 03 | |
| " " " " x 36 | | 02 | |
| " " " " x 40 | | 01 | |
| " " " " x 52 | | 01 | |

DATA DA UTILIZAÇÃO

28.12.2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR ANALO JORGE

OBSERVAÇÕES

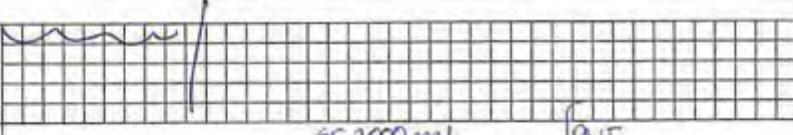
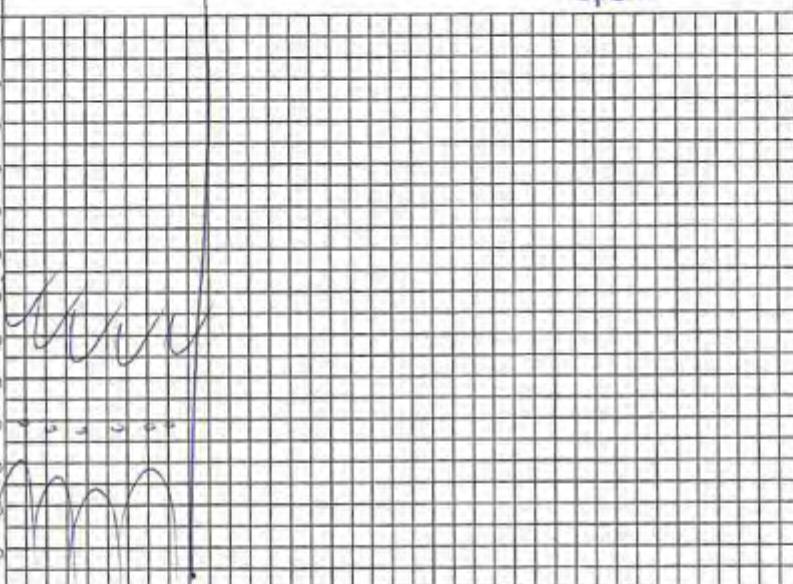
c. 4,5 SIMPLES N=40

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

REBECA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------|------------------------|---|---------------|---------------|--|
| HUECG | | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | | ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO | |
| FOLHA DE ANESTESIA | | NOME Ricardo Mário Fernandes | | | IDADE 34a. | SEXO M | COR | |
| DATA 03/12/17 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA | | |
| TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS | | |
| | URINA | | | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | BRONQUITE | | |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | | |
| AP. DIGESTIVO | yym > 8h | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO | | | | |
| ESTADO MENTAL | LOTE | ATARÁXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA nega | HİOTENSORES | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | | | | ESTADO FÍSICO 2 | RISCO | | | |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | | | | APLICADA | AS: | EFEITO | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OF |  5F 2000 ml | | | INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ | | | |
| | LÍQUIDOS |  14h00 → 15h00 | | | MANUTENÇÃO mocaína 1 de morf 1 ciazolina 2 di pr rona 2 malixidion 1 antak 1 tilatil 1 fentanil. 1 | | | |
| CÓDIGOS VP/ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA, O - OPERAÇÃO | ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ | | | | | | | |
| | DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ | | | | | | | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES | Com cânula: Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: | | | | | | | |
| POSIÇÃO |  | | | | | | | |
| AGENTES | mocaina 20mg + dimorol 804gr | | | | | | | |
| TÉCNICA | raqui + sedação Q25 C3/4 Q | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | Fratura de fímur | | | | | | | |
| CIRURGIÕES | Yuri Taufah | | | | | | | |
| ANESTESISTAS | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | | |
| ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. | | | | | PERDA SANGUÍNEA | | | |

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Atend. Técnico de S. Oliveira
 CAP 075 162 1243
 08/07/2017



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

104

PRONTUÁRIO

Ricardo ~~de~~ More

for me

43

- CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 - SITIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
 - CONCOMITÂNCIAS

VERIFICAÇÃO
CONSUMIDOR

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

O PACIENTE POSSUI:

卷之三

ALERGIA
MÍOS

NAD
SIM

VIA AERE

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML

(7 MLN)

NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E
PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

CIRURGÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SITIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS REVISTOS

- REVISÃO DO CIRURGÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

EXPLORAÇÕES FÍSICAS E EXAMES DE SUPPORTO: HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO?

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM - OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTOS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS DE

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM
 NÃO SE APLICA
 AS IMAGENS ESSENCIAIS
 SIM
 NÃO SE APLICA

Vinícius Lúcio G. Madeiros
TÉC. DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE PACIENTE

Assignments



| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|
| Nome do Paciente <i>Ricardo Mário Fernandes</i> | | Nº Prontuário |
| Data da Operação <i>28/12/17</i> | Enf. <i>On top. I</i> | Leito <i>9.2</i> |
| Operador <i>Dr Amaro Jorgé</i> | 1º Auxiliar <i>Dr Hacilson (mrc)</i> | |
| 2º Auxiliar <i>Dr Yuny (mrc)</i> | 3º Auxiliar <i>Dr Jili (mai)</i> | Instrumentador <i>peça.</i> |
| Anestesia | Tipo de Anestesia | |
| Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Femur Diante (C)</i> | | |
| Tipo de Operação <i>Osteosíntese</i> | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i> | | |
| Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i> | | |
| Exame Radiológico no Ato <i>NF</i> | | |
| Acidente Durante a Operação <i>NF</i> | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| |
|---|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
| 1) Preparo em DOL sob Anestesia. 2) Assépsia + Antissépsia + Campos Estériles 3) Drusim em fraca tração de cxa (E) + associado por placa + Hemostasia. 4) Remoção cravado de ferida. 5) Desossificação de placa DCP longa 10F + 8 mmplata. 6) Extração de fratura com Serra. 7) Fecho fechado por placas. 8) Curativo |
|  |

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:09
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728086940000022244425>
Número do documento: 1907231728086940000022244425

Num. 22933913 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817574-45.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar a alegada invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3º, § 2º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3º, § 2º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora apenas para ciência do conteúdo deste despacho.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 24 de julho de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: ANDREA DANTAS XIMENES - 24/07/2019 10:31:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241031502010000022256762>
Número do documento: 1907241031502010000022256762

Num. 22946805 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817574-45.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar a alegada invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3º, § 2º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3º, § 2º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora apenas para ciência do conteúdo deste despacho.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 24 de julho de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: ANDREA DANTAS XIMENES - 24/07/2019 10:31:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241031502010000022256762>
Número do documento: 1907241031502010000022256762

Num. 22951931 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DA 9^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA
GRANDE/PB,

PROCESSO N° 0817574-45.2019.8.15.0001;

RICARDO MARCIO FERNANDES, já qualificado nos autos do processo, vem perante Vossa Excelência informar o que segue.

M.M juiz a presente demanda depende exclusivamente de perícia médica e existe convênio entre a seguradora ré e o TJPB, Convênio nº 015/2014.

Desta forma, para da celeridade processual, requer a designação de perícia médica, intimando a ré para efetuar o pagamento dos honorários periciais.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Campina Grande, 24 de julho de 2019.

Wagner Luiz Ribeiro Sales

OAB/PB 18.251

