



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

534984

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Nº: 020624/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 10:08 Data/Hora Fim: 11/07/2019 10:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/07/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 15/01/2019 11:35

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua: N-11
Complemento: cruzamento com S-17

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO TEODORO DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - São Luís

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1959

Profissão: Mecânico

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Teodoro dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 140653

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1338

Logradouro: Rua Rosas de Oliveira

Bairro: Pintolandia

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (CNH nº 03290342217) e que na data, hora e local acima informado, se encontrava conduzindo a Motoneta Honda Biz 125 ES, ano/modelo 2006/2007, de cor preta, Chassi 9C2JA04207R023396, Renavam 00902383167, a qual se encontra em nome do próprio comunicante, quando um cidadão desconhecido avançou a via preferencial em que se encontrava o comunicante, vindo a colidir com o mesmo. Que devido as lesões sofridas na colisão, foi socorrido por uma equipe do SAMU e levado ao HGR par atendimento médico. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

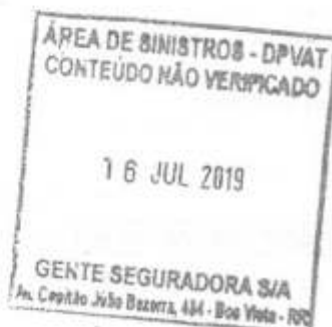
Nº: 020624/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Polícia
Matrícula 042000925
Responsável pelo Atendimento

João Teodoro dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



29 JUL 2019



GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020624/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 10:08 Data/Hora Fim: 11/07/2019 10:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/07/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/01/2019 11:35

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua: N-11

Complemento: cruzamento com S-17

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO TEODORO DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - São Luís Sexo: Masculino Nasc: 15/06/1959
Profissão: Mecânico
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Teodoro dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 140653

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Rosas de Oliveira

Bairro: Pintolandia

Nº: 1338

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (CNH nº 03290342217) e que na data, hora e local acima informado, se encontrava conduzindo a Motoneta Honda Biz 125 ES, ano/modelo 2006/2007, de cor preta, Chassi 9C2JA04207R023396, Renavam 00902383167, a qual se encontra em nome do próprio comunicante, quando um cidadão desconhecido avançou a via preferencial em que se encontrava o comunicante, vindo a colidir com o mesmo. Que devido as lesões sofridas na colisão, foi socorrido por uma equipe do SAMU e levado ao HGR par atendimento médico. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020624/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

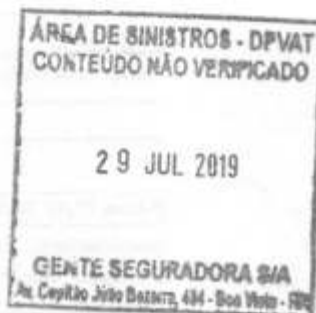
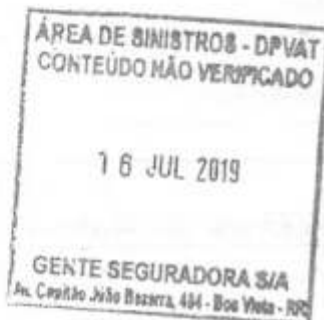
Agente de Polícia
Matrícula 042000925

Responsável pelo Atendimento

João Teodoro dos Santos

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTO

2 - Nº da carteira de ASI: _____ 3 - CPF do Vítima: 102.682.291-00 4 - Nome completo da vítima: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍVIL (LAR SU-5-P Nº 445/2011)

5 - Nome completo: JOÃO TEODORO DOS SANTOS 6 - CPF: 102.682.291-00

7 - Profissão: INTELECTUAL 8 - Endereço: R. ROSS OLIVEIRA DE ARAUJO 9 - Número: 1338 10 - Complemento: 6753

11 - Bairro: Paratibania 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: PR 14 - CEP: 89.316-730

15 - E-mail: marcelosilva63@gmail.com 16 - Telefone: 11 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 04 15 ANOS OU ACIMA DE 12 COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ CONTA POUPEIRAS (somente para os tempos acima informados) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3705 CONTA: 0006373 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reservando a dívida, desde lá e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Pelo motivo acima, solicito a prorrogação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no meu pedido anterior, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no meu pedido anterior, por motivos decorrentes de ausência de perícia, conforme Lei 6.124/74, art. 35, §1º, decando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com vítima: _____ 24 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 25 - Se viveu no mesmo companheiro(a), informar o nome completo: _____

26 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☒ Não 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 28 - Vítima deixou netos/filhosnetos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☒ Não 30 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 31 - Vítima deixou outros parentes vivos? ☐ Sim ☒ Não

Declaro que sou o único beneficiário do Seguro DPVAT por morte da vítima, e que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresso (assinatura da vítima ou representante legal) _____

35 - Nome legal de quem assina a requisição: _____

36 - CPF legal de quem assina a requisição: _____

37 - (4) Assinatura de quem assina a requisição: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha _____

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha _____

40 - Local e Data: Boa Vista - 11/07/2019

41 - Assinatura do Vítima/Beneficiário (se houver): JOÃO TEODORO DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): MARCELO SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Doença e/ou lesão da cobertura: ☐ DANO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Endereço do segurado: 3 - CPF do titular: 187.682.291-00 4 - Nome completo do titular: ROBERTO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - GRUPO 90 SEP 11/445/2012

5 - Nome completo: ROBERTO DOS SANTOS 6 - CPF: 187.682.291-00

7 - Profissão: PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL 8 - Endereço: AV. OLIVEIRA DE ARAÚJO 9 - Número: 1335 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: PINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-330

15 - E-mail: marcelosilva63@gmail.com 16 - Telefone: (93) 99144621

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ PEQUENO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA POUPEMANA (Somente para quem não possui conta corrente) ☐ BANCO DO BRASIL (230) ☐ ITAU (342) ☐ BANCO DO BRASIL (002) ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (194)

22 - CONTA CORRENTE (Somente para quem possui conta corrente) ☐ Nome do BANCO: ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

23 - AGÊNCIA: 3905 ☐ CONTA: 00068273 ☐

24 - Autoriza a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com a legislação, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

25 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO DOMÍLIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Não há IMIL que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IMIL que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza atendimentos para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IMIL que atende a região do acidente ou da minha residência realiza atendimentos para fins do Seguro DPVAT.

26 - Pela minha assinatura, solicito o encaminhamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não solicitar a avaliação médica às expensas da Seguradora LIDER para validação da existência ou ausência de incapacidade para o trabalho, conforme Lei nº 10.074, de 29.05.00, entendendo que esta avaliação não significa a perda do direito à indenização.

27 - DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Grau de Parentesco com a vítima: 29 - Vítima deixou impedimento para: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima deixou impedimento, preencha o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima deixou impedimento para: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou impedimento, preencha o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou impedimento para: ☐ Sim ☐ Não

34 - Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso venha a ser reconhecido o direito ao Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem a responsabilidade legal por infração do artigo 229 do Código Penal.

35 - Nome legal de quem assina a requisição: 36 - CPF legal de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 1ª | Nome: BOA VISTA 39 - 2ª | Nome: JOÃO MARCOS DOS SANTOS

40 - Assinatura da testemunha: 41 - Assinatura da testemunha: 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Promotor (se houver):

44 - Assinatura do Promotor (se houver):

45 - Assinatura do Promotor (se houver):

46 - Assinatura do Promotor (se houver):

47 - Assinatura do Promotor (se houver):

48 - Assinatura do Promotor (se houver):

49 - Assinatura do Promotor (se houver):

50 - Assinatura do Promotor (se houver):

51 - Assinatura do Promotor (se houver):

52 - Assinatura do Promotor (se houver):



UNIDADE: **BRAVO 5** EQUIPE: **Nilton / Eliana** FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: **JOÃO TEODORO DOS SANTOS** Idade: **60** Sexo: ☒ M ☐ F
Nacionalidade: **BRASILEIRO** Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: **LAURA PINTO MOTA N/11 - S-17**

Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: **836** DATA: **15/01/2019**
Médico (a) Regulador (a): **ELADIO** ACIONAMENTO: **11:36**
HORA CHEGADA NO LOCAL (J/T): **11:52**

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO
MÉCANISMO DE TRAUMA: ☐ AUTOMÓVEL ☐ OUTROS
☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO
☐ Vítila projetada
☐ Vítila encarcerada
☐ Air Bag
☐ MOTO/BICICLETA ☐ Queda de moto ☒ Com capacete ☐ Sem capacete
☐ Bicycleta ☐ queda de Bicycleta ☐ condutor ☐ passageiro
☐ Violência ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual
☐ OUTROS ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anim ☐ Outros:

AVILIAÇÃO INICIAL
Vias Aéreas: ☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipneia
Ventilação: ☐ Abolida ☐ Ferida Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez
Circulação: ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia
Avil. Neurológica: ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES
Hora: **14:01:30** P.A mmHg: **78** F.C bpm: **70** S.O₂ %: **98** Temp.: **36** Esc. visual anal. EVA "DOR": **1** Glicemia: **140** APGAR: **1**

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA
Pele: ☐ Cianótica ☐ Corada ☐ Fria ☐ Palida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca
Cabeça: ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração
Face: ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular
Pescoço: ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações
Tórax: ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável
Abdome: ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações
Membros: ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ Fratura Torço do 5º ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avulsão

AVILIAÇÃO CARDÍACA: ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Fúter
Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia
AFEÇÃO CLÍNICA: ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória ☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica
HISTÓRIA PEGRESSA: ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☒ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC
Medicações em uso:

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE: ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote ☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local
MULTIPLS MEIOS ACIONADOS: ☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN

RCP: ☐ Iniciada às: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado ☐ Termina às: ☐ RCP sem sucesso

DESTINO: ☐ Atendido no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR ☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM ☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lote Iris - HLI ☐ Outros

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

Márcia Veras Lopes
Enfermeira-COREN-RR 476830
Coord. de Enfermagem da Central de
Regulação de Urgências Médicas-SAMU 192
Portaria 639/2018

CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

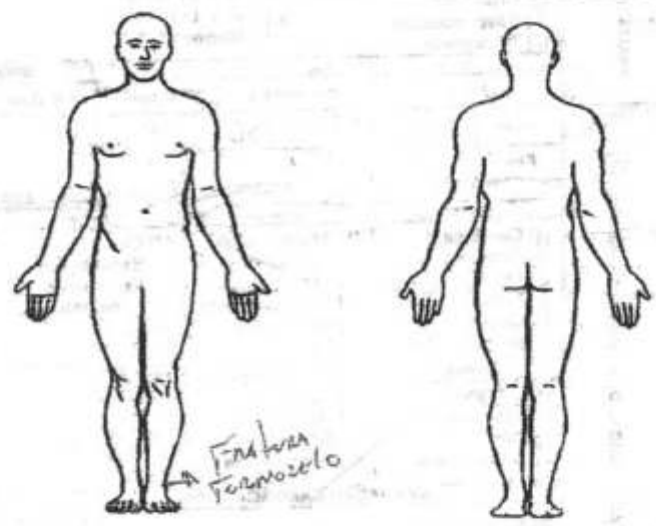
GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RN

CIEPA ENT CE DO NT E	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

<p>GESTANTE</p> <p>IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____</p> <p>Perda de líquido: _____ BCF: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão</p>	<p>MATERIAL E MEDICAÇÃO</p>
---	------------------------------------

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (desarticulação)	3 pontos
	Extensão (decerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A "colisão de moto x moto" com lesão na motocicleta, L.O.T.E. Referindo dor localizada em M.I.E. "FRATURA em tornozelo". Realizado mobilização do Membro. Aferido SSU. Realizado Redução com uso de C-Cervical e Placa Rígida. encaminhado ao Médico Regulador e Encaminhado ao Grupo Tmuna.

Marcia Veras Lope
Enfermeira - COREN-RN 47683-5
Coord. de Enfermagem do Central de
Regulação de Urgências Médicas - SAMU 192
Portaria 6/12/2015

Milton Francisco de Sousa
Téc de Enfermagem
COREN RR 664.210

CONFERE COM O ORIGINAL



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Nilton / Eliana

Paciente: João Teodoro do Santos Idade: 60 Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: BRASILEIRO Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: LAURA PINTO MIA N/11 - S-17

Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: 836 DATA 15/07/2019 ACIONAMENTO: 11:36
Médico (a) Regulador (a): ELADIO HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10): 11:52

MOTIVO: ☒ ASOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Vitima projetada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto
<input type="checkbox"/> Colisão X	<input type="checkbox"/> Vitima encarcerada	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica
<input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>motor</u>	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim
	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> condutor	
	<input type="checkbox"/> passageiro		

AValiação INICIAL

Vias Aereas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DNV
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Hiperlimpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Taquipnéia			

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início	: <u>140/90</u>	<u>78</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>	<u>36</u>			
Fim	: <u>1</u>							

AValiação SECUNDARIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Laceração				<input type="checkbox"/> Lacerações

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Luxações

AValiação CARDIACA

AFEÇÃO CLINICA

HISTÓRIA PEGRESSA

AValiação CARDIACA	AFEÇÃO CLINICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HAS
	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Sequela AVC

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

INCIDENTE	MULTIPLS MEIOS ACIONADOS
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local

RCP

RCP	OBS:
<input type="checkbox"/> Iniciada as: <u>11:52</u>	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP Não realizado
<input type="checkbox"/> Término as: <u>12:00</u>	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso

DESTINO

DESTINO	PAAR	GT	HCM	PCCS	HCSA	HCR
<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT	<input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM	<input type="checkbox"/> P&C Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas - HCR	
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR			<input type="checkbox"/> HMINSN		<input type="checkbox"/> Hosp. Lote Iris - HLI	
					<input type="checkbox"/> Outros	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzani, 494 - Boa Vista - ROR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzani, 494 - Boa Vista - ROR

Márcia Veras Lopes
Enfermeira-COREN-RR 476830
Coord. de Enfermagem da Central de
Regulação de Urgências Médicas SAMU 192
Portaria 637/2018

CONFERE COM O ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

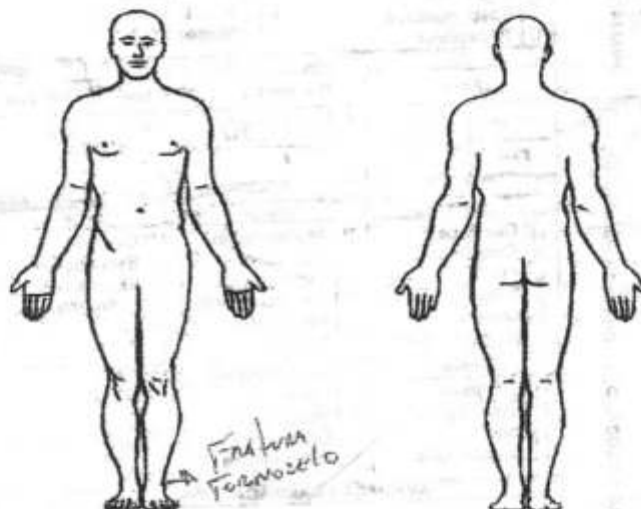
Av. Capão João Batista, 434 - Boa Vista - RJ

CIPEA ENT TPE CE DO NT E	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.	
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (decorticação)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão João Batista, 434 - Boa Vista - RJ

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A "colisão de moto x moto" com lesão na motocicleta, L.O.T.E. Referindo dor lombar com MIE "Fratura em tornozelo". Realizado mobilização do membro. Aferido SSV. Realizado Redução com uso de C-CERVICAL e Placa Rígida. Comunicação ao Médico Regulador e Encaminhado ao Grupo Trauma.

Marcia Veras Lode
Enfermeira-COREN-RR 476530
Coord. de Enfermagem do Central de
Regulação de Urgências Médicas-SAMU 192
Portaria 637/2015

Nilton Francisco de Sousa
Téc de Enfermagem
COREN RR 664.210

CONFERE COM O ORIGINAL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000006373-8

Nr. da Autenticação 76E004BEB010C0B



Para contato
conosco informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto Autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002911684

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	21/06/2019	447	316,31

MARIA FRANCISCA MACHADO
R. ROSA O DE ARAUJO 1338 PINTOLANDIA
CPF: 00022524924220
CEP: 69.316-730 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.14.087600

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazanta, 484 - Boa Vista - RR

DADOS DA LEITURA	KWH	KVA/h	DATAS DA LEITURA
Atual:	25711		Atual: 21/05/2019
Anterior:	25264		Anterior: 18/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 18/06/2019
Consumo Medido:	447		Emissão: 20/05/2019
Consumo Faturado:	447	FCAH	Apresentação: 21/05/2019
Forma de Pagamento:	NORMAL		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	BI	131007285-4H	1400697	1.4.1.2	388

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/19 497	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAR/19 448	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19 404	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19 414	227 A R\$ 0,748975 = 170,01
DEZ/18 347	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 51,56
NOV/18 414	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 26,10
OUT/18 396	
SET/18 302	
AGO/18 352	
JUL/18 339	
TARIFA COM TRIBUTOS:	
0 A 100 = 0,212500	
101 A 150 = 0,277500	
151 A 200 = 0,342500	
201 A 250 = 0,407500	
251 A 300 = 0,472500	
301 A 350 = 0,537500	
351 A 400 = 0,602500	
401 A 450 = 0,667500	
451 A 500 = 0,732500	
501 A 550 = 0,797500	
551 A 600 = 0,862500	
601 A 650 = 0,927500	
651 A 700 = 0,992500	
701 A 750 = 1,057500	
751 A 800 = 1,122500	
801 A 850 = 1,187500	
851 A 900 = 1,252500	
901 A 950 = 1,317500	
951 A 1000 = 1,382500	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Por gentileza quitar os débitos desta UC no ano de 2018 (Cof: 1200/2018) e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 20/05/2019, não constatamos faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5875.DDCA.00DF.3673.565C.1539.8225.0514

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	74,50	Base de Cálculo:	290,21
Energia:	158,11	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	49,33
Encargos:	8,21	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	49,33	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	RSC			RDL			DRC	DRC2019
	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Mês2019
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Resposta	3,13			6,00			0,84	
DISTRITO							03/2019	146,98

ROT: 8.001.16.14.087600



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	0034685-3	TOTAL A PAGAR - R\$	316,31
MÊS FATURADO	05/2019	VENCIMENTO	21/06/2019
Nº da Nota Fiscal:	002911684	FCAH	

83610000003 0 16310075000 5 000000000034 9 68530519008 2



SEQ.: 00214 UC: 0034685-3 DT.LEIT.: 21/05/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 25711 NORMAL TOTAL: 316,31 CARGA: 012
DT VENC.: 21/06/2019 TRFEC.: 000000000000 1401

CAERRua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200**0800 280 9520**

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15318863
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
07/05/2019	06/06/2019	30	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
05/2019	0	04/2019	0	03/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

82660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2


CAER



Para contato
consulte o número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.087.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002911684

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	21/06/2019	447	316,31

MARIA FRANCISCA MACHADO
R. ROSA O DE ARAUJO 1338 PINTOLANDIA
CPF: 00022524924220
CEP: 69.316-730 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.14.087600

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	25711		Atual: 21/05/2019
Anterior:	25264		Anterior: 18/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 18/06/2019
Consumo Medido:	447		Emissão: 20/05/2019
Consumo Faturado:	447	FCAH	Apresentação: 21/05/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	BI	1310075004 N	14000097	1.4.1.1	388

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/19 497	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAR/19 448	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19 404	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19 414	227 A R\$ 0,748975 = 170,01
DEZ/18 347	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - 51,56
NOV/18 414	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 26,10
OUT/18 396	
SET/18 302	
AGO/18 352	
JUL/18 339	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 100 = 0,217280	
101 A 150 = 0,217280	
151 A 200 = 0,217280	
201 A 250 = 0,217280	
251 A 300 = 0,217280	
301 A 350 = 0,217280	
351 A 400 = 0,217280	
401 A 450 = 0,217280	
451 A 500 = 0,217280	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Declaramos quitados todos os débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12807/09)
IGUE 08007019120 e FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16.11.16.21.26
Parabéns! Até o dia 20/05/2019, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5B75.DDCA.0DDF.3673.565C.1539.8225.0514

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	74,56	Base de Cálculo:	290,21
Energia:	158,11	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	49,33
Encargos:	8,21	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	49,33	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Índice	3,13			6,00			0,84

DISTRITO 03/2019 146,98

ROT: 8.001.16.14.087600



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.087.022-3

SEU CÓDIGO

0034685-3

TOTAL A PAGAR - R\$

316,31

MÊS FATURADO

05/2019

VENCIMENTO

21/06/2019

Nº da Nota Fiscal: 002911684 FCAH

83610000003 0 16310075000 5 000000000034 9 68530519008 2



SEQ.: 00214 UC: 0034685-3 DT.LEIT.: 21/05/2019 T.ENTR.: 07

LEITURA: 25711 NORMAL TOTAL: 316,31 CARGA: 012

DT VENC.: 21/06/2019 TRFEG.: 0000101010 1401

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

CAERRua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

0800 280 9520

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15318863
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
07/05/2019	06/06/2019	30	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
05/2019	0	04/2019	0	03/2019	0
02/2019	0	01/2019	0	12/2018	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

04/2019

0 M3

23,83

19,06

0,85

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão João Batista, 414 - Boa Vista - RR

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão João Batista, 414 - Boa Vista - RR

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

82660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2


CAER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Teodoro dos Santos inscri (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim João Teodoro dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00, conform determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatóri

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número		Complemento	
Rua: 05		121			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471		
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazeira, 404 - Boa Vista - RR

Boa Vista, RR de 07 de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Teodoro dos Santos inscri
(a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim
João Teodoro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 187.682.291 / 00, conform
determinação da Circular Susep 445/12:
☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			
Rua: 05		Número	Complemento
Bairro	Cidade	121	
Cidade Satélite	Boa Vista	Estado	CEP
Email		RR	69.317-471
nonatosilva638@gmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			(95) 99114-4021

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazzani, 444 - Boa Vista - RR

Boa Vista, RR de 07 de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazzani, 444 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR/RR
Av. Brigadeiro Faria Lima, 33991ª Classificação: ☐ Pronto Socorro
☐ Urgência
☐ Ambulatório
☐ Consulta
☐ 224 - Ass.2ª Classificação:
☐ Medicina
☐ Cirurgia
☐ Pediatria
☐ Ginecologia
☐ Oftalmologia
☐ Otorrinolaringologia
☐ Dermatologia
☐ Neurologia
☐ Psiquiatria
☐ Radiologia
☐ Patologia3ª Classificação:
☐ Medicina
☐ Cirurgia
☐ Pediatria
☐ Ginecologia
☐ Oftalmologia
☐ Otorrinolaringologia
☐ Dermatologia
☐ Neurologia
☐ Psiquiatria
☐ Radiologia
☐ Patologia

001059735

13/01/2019 12:10:26

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMA DE LOGIA

DIURNO 17:19

Paciente

JOÃO TEODORO DOS SANTOS

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo de

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Rac/Etnia

Naturalidade

Município

UF

País

IDENTIDADE

140653

SSP-RR

21/06/1983

M

NÃO

PARDA

SAO LUIS - MA

BRASIL

EIRA

00160390

Mãe

MARIA TEODORO DOS SANTOS

Endereço

RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 1338 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR

Contato

(95) 89157-5040

Unidade

NÃO INFORMADA

Classe de Recs

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sit. P. Pac.

Motivo de Atendimento

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ACIDENTE DE MOTO

Caráter de Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Tema

Pena

Processo

Solu

GRANDE TRAUMA

Tipo de Cregam

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registro de:

DANIEL VIANA

Queixa Principal

Acidente de moto

☐ Síndrome Febil☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem

Alergia

GSC

AD: 234

RV: 12546

TOTAL

23456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)

h)

Paciente vítima de acidente de moto, trazida pelo socorro, relato de
de acidente, perda da consciência e vômito

Exame Físico

BEG LOTE: epitelio, acantose, rombolado, rias ciliar peritric, ganglions 15,
sinal por em UNES (E)

História Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X☐ ULTRA SON☐ TC☐ SANGUE☐ TURNA☐ ECO☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1 Difusão 2g
2 Talat 40mg

F.V

Dr. M. A. Ribeiro
Médico em Exercício
COREPRO 2007-151

Assinatura do Paciente ou Responsável

3 Paciente irritado e não cooperativo;
semu procedimento de limpeza e cura

Condição

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Recusa☐ Transferência para☐ Ambulatório☐ Caselcapto (for 24h)☐ Internação

Data e Hora da Seta/Alta:

☐ IML Anatomia Patológica

óbito

Fim do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Paciente ou Responsável

16 JUL 2019

Carimbo e Assinatura do Médico

Imprimido por: daniel.viana
Data: 13/01/2019 12:10:26

SENTE SEGRADORA RIA

Av. Doutor Alcides Lima, 421 - Boa Vista - RR



Medição do Lado
Interno P/1
Curva

Dr. Cassim F. F. F. F.
Grupos: Traumatologia
CRM-RE 1198





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



408-3

DATA DE ADMISSÃO		18/07/2013		DN	
PACIENTE		João Teodoro			
DIAGNÓSTICO		Fratura de fêmur			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		60		LEITO	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORARIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã	
3	GEFALOTINA 4G 5X/8H			SUSP	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			14-02	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			14-02	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 0% CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SND	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SND	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SND	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SND	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Ratona	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 110 MMHG			Atenção	
14	CURATIVO DIÁRIO			Ratona	
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 U/LML, GLICOSE 80%				
21	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - SPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2013

GENTE SEGURADORA S/A

Capitão João Batista, CM, São Paulo - SP

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

18:30 - Paciente retornou às 18:30h
15:30 - Exatidão do Grande Trauma, recusando-se
a realizar procedimentos necessários.
S/efeito.

Dr. Odinei Okamoto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
C.R.O. 14.110

João + rodolfo

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DUI		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
TEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL MOLE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVY + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
16					
17					
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente Dm 2
fa. cl. 1/12

408-3

SINAIS VITAIS				
6H	130/80 x 88	36	20	
12H				
18H	133/80 x 88	36	20	
24H	128/72 x 78	36	20	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
[Signature]

15:30 Q2
PA ~ 140 x 70
PC: 81.6°C
T x 36

P. 24 Dinâmica Paciente

035: Paciente procedente do CT
Admitido às 16:50.

Em cabine de medicação
an anfitrião, exerceu, outado,
mantendo A.P. em MSD. Segue
as ordens da equipe de
enfermagem.

Problema: 14/11/2012-26

05:37:00 administração medicação ventila
do sinistral

*América Paraná Fátima
Aut. de Exatidão
19/11/2012 09:50:00*

06:00 - Rubens m.c.p.,
admitido 20/11/2012, por 10 anos
código 14.11.31

1 408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTIC: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	17/01/2019
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 120 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSV + COGG 8/8 H				Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 1200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	88	20	36,5°C
18 H	148x90	98	20	36,9°C
24 H				

Dr. Oshinashi Oshemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 3852-RR

Realizado coleta de sangue

5-804

7 às 13h → Realizadas unidades de enfermagem. Adm. medicamentos do URM 9, para queixas de dor.
 clamares

13 Oct 1965

[illegible]

3000

~~CONFIDENTIAL~~



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Miguel

Teodoro

do

Santos

Leito:

408.3

Data: 17.01.19

Localização



Região: M.I.E



Região:

Fisiologia

☒ I.P.P. I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros:

☐ I.P.P. I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros:

Aparência do Leito

☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Estável ☒ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Estável ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

Pele Perifoneal

☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outros:

☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outros:

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outros:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outros:

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de Limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura primária

☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros:

☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros:

Troca

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h

Profissional que realizou procedimento

Cobrança

Bianca

Observações

408-3



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

H.G.R.

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS

IDADE 60 HAS DM2
LEITO 408-3 DATA 18/01/2019

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SNV
2	AVP	SNV
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	SNV
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SNV
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SNV
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	SNV
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SNV
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SNV
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SNV
13	CURATIVO DIÁRIO	SNV
14	SSVV + CCGG 8/8 H	SNV
15		SNV
16		SNV
17		SNV
18		SNV
19		SNV
20		SNV

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LENTO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
MENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SSVV 0.6
PA 7.20/80
FC 70
T 36.2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150 X 100	70	20	36°C
18 H	151 X 94	91	20	35.6°C
24 H				

Dr Odinachi Okumiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

00 às 19:00h.

Relatório das 11:00 paciente relatou melhora
na apresentação para hipertensão, administrando captopril
VO, dipirona VO, realizando curativos locais. Sinais vitais
dentro da normalidade. Sinais vitais: 41.2/8.1.



Tratamento de Emergência

PCUR

Nome: João Teodoro dos Santos

Idade: 408.3

Data: 18/01/2019

Local de origem

Região

Região

Região

Exatidão

Exatidão

Apresentação

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão



DEPARTMENT OF DEFENSE
WASHINGTON, D.C. 20301

References

Emílio Vieira de Souza
Emílio Vieira de Souza
Emílio Vieira de Souza

Solicita
qualificação
médica

HORÁRIO

S.V.F.

Point

50	100
50	100

2. $\frac{1}{2}$

23

\$ U.

9.12

SN

4. Explain the importance of the following factors in the selection of a site for a new business:

--	--

	*
--	---

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr. Odinachi Okeke Residente de Cirurgia e Traumatologia Crm 18547/R	
6 H	PA	FC	FR		
12 H	158x72	63	sem alteração	36.4°C	Diagnóstico (+) Fratura (+) Diagnóstico (+) Fratura (+)
18 H	182x117	80	sem alteração	35°C	
24 H	124/77	84	48	36.5	

Dr. Odinuchi Okenye
Presidente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 18548/RB

00 25 15.0040

lesser le pouvoir des anciens
sur les nouveaux

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2
IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 20/01/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SU

2 AVP mon

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N SU

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N SU

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N SU

9 DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N SU 12 6:55

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA SU

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG SU

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N SU

13 CURATIVO DIÁRIO Curativo

14 SSVV + CCGG 8/8 H Reduzir

15

16

17

18

19

20 SU

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

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

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H PA FC FR T

12 H 143x80 4+ 20 35.5

18 H 142x84 8+ 18 35.5

24 H 130x86 7+ 36.1C

6h PA = 125x84

P = 84

T = 37.1

R = 16

Dr Odina M Okentiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

Obs: pte relata que está com
cefaleia todos os dias depois
que batem a cabeça. Use benzibeta



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborado: 02/2013

Atualizado: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: João Teodoro dos Santos

Leito: 408-3

Data: 19/04/19

Localização		Região: M. S. E.		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP III IV 2º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfâculo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento				
Observações				

Paciente refere-se ser Diabético. *trf Jonet* 108-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNOSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS				
IDADE	80	HAS	DM2	
LEITO	408-3	DATA	21/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	OMEPRAZOL 40MG EV-1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV-DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25-mg VO 5E PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSVV + CCGG B/6 H			
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIBRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

05:30 - Paciente que xando se de
efeito intenso, admitindo o item
09:40 x: Ana

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	140/90	84	20	35.4
18 H	119/74	84	20	37.2
24 H	120/84	79	19	36.6

Dr Odinegi Demiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

Obs: Paciente relatou
afasia, realizado
pedido de parecer
para neurologia.

Resposta: Paciente relatou
afasia, realizado
pedido de parecer
para neurologia.

06:00 -
PA = 102/
P = 92
T = 36.0

10h Foi realizado coleta de sangue e entregue ao laboratório

3:00 - 19:00h:
Colaboração: Residência de Ortopedia e
traumatologia. Segue: dois pendentes
análise de sangue

Alcino de S. Menezes
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1.078.394 - RR



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -



HGR

Paciente:

Jéssy Fredeane dos Santos

Leito: 408-3

Data: 21/01/18

Localização		Região: MTE		Região:
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> JLP I II III IV + <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Fissão <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> JLP I II III IV + <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Fissão <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência da Ferida	<input type="checkbox"/> Neuro: Amarelo/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Fibrinização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Neuro: Amarelo/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:	
Pele Periférica	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudado	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura Primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrina <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogei <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrina <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogei <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Reserva de Enfermagem Enfermagem		Reserva de Enfermagem Enfermagem	
Observação:				

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
----------	-------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO				
-----------	------------------------------------	--	--	--	--

ALÉRGICAS		HAS		DM2	
-----------	--	-----	--	-----	--

IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	22/01/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS	SN
---	----------------------------	----

2	AVP	manhã
---	-----	-------

4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	SN
---	--	----

7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
---	---------------------------------	----

8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
---	-------------------------	----

9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	SN
---	----------------------------	----

10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
----	---	----

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
----	---	----

12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
----	---	----

13	CURATIVO DIÁRIO	in
----	-----------------	----

14	SSV + CCGG 6/6 H	Polina
----	------------------	--------

15	DEXTRO 6/6HRS	06:00
----	---------------	-------

16		
----	--	--

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

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

COLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160x90	97	46	96,2
18 H	124x78	88	18	36,6
24 H	132x90	120	20	76,9

Dr Odinaçhi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-AR

13 as 19h30, adm, sem
 alterações do hemisfério
 + SN
 16/01/19



ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

4.08-13

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: Ospedaleira
NOME: João Pedro Dos Santos
IDADE: 60 REGISTRO: _____
MUNICÍPIO: D ENFERMARIA: _____
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____
DE: Ospedaleira PARA: Neurologia

Dados Clínicos:

Paciente de 60 anos de idade, vitimado por trauma fechado de cabeça, vítima de fratura bífurca da base do crânio e por acidente de moto, refere letargia intensa e persistente sem melhora no tratamento clínico. Falso avó e concluiu fratura.

21/01/15
Data

Dr. Odinechi Okemini
Médico Residente
Oncologia Translacional
CHORUS/INRA
Médico

Paciente vítima de acidente automobilístico, segue que
vem sendo em regime de internação hospitalar. Desde então
estando com quadro de letargia persistente e 2 episódios
de vômito que persistem, além de quadro de febre
de origem desconhecida com temperatura média
de 38,5°C. Foi submetido a tomografia computadorizada de crânio
e de coluna cervical por trauma. Sem alterações focais.
Idioma preservado.

22/01/15
Data

Idi - sem alterações focais de crânio
- sugiro antibioticoterapia profilática.

Dr. Felipe Quintas Tral
Neurologista
CONEXÃO SAÚDE.051
Médico

3.00 e 5.00 horas

408-3

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

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 IDH DN 14/05/1954

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS
DIAGNOSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

PROFISSAO IAS DM2
IDADE 60 LEITO 400-3 DATA 23/01/2019
ITEM PRESCRIÇÃO

- 1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS
- 2 AMP
- 3 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N
- 4 FENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N
- 5 PLAS 1000 EV 8/8 S/N
- 6 DIBIPRONA 1G EV DE 6/6H S/N
- 7 TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
- 8 CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 L OU PAS > 110 MMHG
- 9 S MLTICONA 1 CP OU 10 GOTAS VO 8/8 HNS S/N
- 10 CURATIVO DIÁRIO
- 11 SSVV + GCGG 6/8 H
- 12 DEXTRO G/8H-45

[Handwritten signatures and notes]
2240
23 06

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA 200 200, 200 200-300 400 300 300 600
300 400 300; 2 400, 10 UI E OU GLICOSE < 70 D. ML GLICOSE
50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

ACUÇÃO MÉDICA:

DE ACORDO COM O PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAMINE FÍSICO: BEG. LO F. ACANÓTICO, ANITÉRIO, AFEIRIO, EUPNEICO,
NORMOCORADO, F. ORTADO.
E. PREVISÃO D. A. J. A. SEM PREVISÃO

2240 - Troca do acesso venoso.
MSB. 8.22

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	SC
130x80	84	15	36	
140x80	82	20	30	
140x80				
140x80				

[Handwritten signature]
Dr. Eduardo Gomes
Residência de Ortopedia e
Traumatologia
sem data

408-3

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS: DM2: DATA: 24/01/2019

IDADE: 60 LEITO: 408-3 HORÁRIO:

ITEM: PRESCRIÇÃO

1: DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS SUD

2: AVP Manter

4: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N SN

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N SN

8: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N SN

9: DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N SN

10: TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA SN

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG SN

12: SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N SN

13: CURATIVO DIÁRIO M

14: SSVV + CCGG 6/8 H Rotina

15: DEXTRO 6/6HRS 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00

16: 17: 18: 19: 20:

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):

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

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H PA FC FR SPO2

12 H 130x85 93 18 96%

18 H 140/90 98 19 96%

24 H 119x80 88 18 96,2%

06 h 125x79 83 20 95,6%

Dr Odina Okemi
 Residente Do Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1451-RR

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Jão Teodoro dos Santos

HGR

Leito:

408.3

Data:

24/01/2019

Gaze II

Localização:



Região: M.I.E



Região:

Etiologia:

() LPP I II III IV 7+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV 7+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de Limpeza

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Técnica

() 12/12 () Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Ina Sampaio de Oliveira
COREN-PR 006095-175

Adulinda Maria Araújo
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 00776317

Observações:

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	35/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	25/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				SND
2	AVP				Manuten
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O B/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS				06/12/18
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				(22) 11/18
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				14/12/18
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

39:00 a 7:00
afundado
vitar
Francisco de Assis
Vigilante de Estomatologia
CRM 151.516-78

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/90	100	20	35.7
18 H	140/90	86	20	36.2
24 H	130/74	85	20	36.2

Dr Odinachi Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

07:13 h. por no frnto aferido SSVV. Dr. ho mar
realizaram pa fclha de fclha pl. glco simeli
de clha
\$ 13h: 19h
ADM medicacoes, aferido SSVV
ec. Sarah



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS LEITO 408-3 DM2 DATA 26/01/2019

IDADE 60 PRESCRIÇÃO

ITEM HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS

2 AVP

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIFIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 8/6 H

15 DEXTRO 6/6HRS

16 AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17 CEFEPIME 1G EV 8/6HRS

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BCG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	126/80	98.2	FR 14 36.5°C
12 H	123x75	85	- 36.1°C
18 H	120x90	96	- 35.6°C
24 H	126x87	88	14 36.5°C

Dr Odilochi Okemli
Residência De Ortopedia e
Traumatologia
Km 12.5 RR

07 em 14
Realização de med
cação de hematóis
SSV - conforme Pres
crição
Dr. Amilcar



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -



Paciente:

João Tadeo dos Santos

HGR

Leito: 408-3

Data: 26/01/14

Localização		Região: m.d.e		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência de Leão	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Escarado <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro e fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Procedimento	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Observações	<div>Assinatura do Enfermeiro Responsável _____ Carla Cristina de Jesus Enfermeira - HGRSP</div> <div>Assinatura do Médico Responsável _____ Roberto de Almeida Médico - HGRSP</div>			



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



DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958

PACIENTE: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTIC: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS DM2
 LEITO: 408-3 DATA: 27/01/2019

IDADE: 60
 ITEM: PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS	HORARIO
2	AVP	SND
4	OMLPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	maio
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SF DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/8 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20		
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA</p>		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLÚRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Tax.
6 H				
12 H	120/110	89		36.3
18 H	130/110	86	-	35.4
24 H	134/112	86	-	35.8
6 H	123/86	86	-	35.8

Dr Odinochi Okonin
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

DAS 7-19h
 com medicações de horário com
 aferido sinais vitais. Aproximadamente 18h
 a permissão com dimensão 19h
 (assinatura) (assinatura) (assinatura)
 COORDENADOR DE SERVIÇO DE



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HCR

Protocolo nº 1

Versão: 09

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *João P. dos Santos*

Leito: 408 - 3

Data: 24 / 04 / 19

Localização		Região: <i>MB</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Apresentação do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose Amarel/Negra <input type="checkbox"/> Escabe <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele Perilesionária	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade do Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Freqüência e Procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 48/48h			
Observações	<div><div><i>Enfermeira: Jussara Medeiros</i> Assistente: Edilene Pereira Data: 24/04/19</div><div><i>Enfermeira: Jussara Medeiros</i> Assistente: Edilene Pereira Data: 24/04/19</div></div>			

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	28/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SW
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SW
8	PLASIL 13MG EV 8/8H S/N				SW
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SW
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				Rotina 85mg/dl
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				OGI
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				OGI
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	108/60	83	FR 18	36,2°
12 H	120/80	76	18	36,2°
18 H	130/90	87	19	36,7°
24 H	110/70	75	20	36,2°

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

7 às 13h → Realizados cuidados de enfermagem. Jantina

17h DEXTRO: 94mg/dl

83 as 19h, por no leito,
Adm medicação C.P. de
Aferido sangue, 101 Taio

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR



Núcleo de Enfermagem em

Prof. 910.11.1

Versão

Elaborada: 02/2015

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HCR

Leito:

408-3

Yasir Saccas dos Santos

Data: 28/01/2019

Localização



Região:

ME



Região

ME

Fisiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do

Leito

Pele Perilesional

(~~X~~) Neurose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros
() Normal (~~X~~) Macerado () Seco () Fibrina / Rotor
() Outro:

() Neurose: Amarela/Negra () Esfacelo (~~X~~) Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Normal (~~X~~) Macerado () Seco () Fibrina / Rotor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento (~~X~~) Seroso () Sanguinolento () Soro sanguinoso () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (~~X~~) Soro sanguinoso () Seco
() Outro:

Quantidade de

Exsudato

() Molhado (~~X~~) Fimido () Seco

() Molhado (~~X~~) Fimido () Seco

Solução de

limpeza

Cobertura

primária

Troca

(~~X~~) Soro Fisiológico 0,9% (~~X~~) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze () Colagenase/Fibrinase (~~X~~) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

(~~X~~) Soro Fisiológico 0,9% (~~X~~) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze () Colagenase/Fibrinase (~~X~~) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Profissional que

realizou

procedimento:

Yasir Saccas dos Santos
Fisioterapeuta
CRM: 801.152.902
COREN-PR 152.902

Remota

Yasir Saccas

Benício

Observações:

408-3

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

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 29/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS			
2	AVP			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	DEXTRO 6/6HRS			
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			
17	CEFEPIME 1G EV 8/6HRS			
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO), CONFORME ESQUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LUTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	98	20	36
18 H	145X95	91	20	35°C
24 H	140/90	90	20	36°C

D. Odinachi Okemuri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851 RR

7 de 13h foi verificado
SSVV. *Bura ma.*

06:02 - 130160
61 90 SSVV 36°C

Prestado todos os
cuidados, segue

18h - Administrado medicação UPM.
Paciente SSVV com parâmetros normais
segue os cuidados da equipe de
enfermagem. Tec. *Rf*

Roberto Cristiano A. Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 200.853-7E



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Leão Pedrono dos Santos

HGR

Leito: 468-3

Data: 23/02/19

Localização



Região: MZC

Esquerda



Região:

Etiologia

☐ PP I III IV ²⁺ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma: Fratura Fixador Interno ☒ Osteopatia
☐ Outro:

☐ PP I III IV ²⁺ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Fratura Fixador Interno ☐ Osteopatia
☐ Outro:

Aparência de

1 sio

☒ Necrose: ~~Amarelada~~ Negra ☒ Estaseia ☒ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos: Sonda ☐ Outros
☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

☐ Necrose: Amarelada Negra ☐ Estaseia ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos: Sonda ☐ Outros
☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

Pele Periférica

☐ Úlcera

☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

Tipo de Exsudato

☐ Gritoso

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Quantidade de Exsudato

☐ Soro Fisiológico 0,9%

☒ Clorexidina 2% ☐ Ácido 70%
☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Ácido 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Ácido 70%
☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Ácido 70%

Limpeza

☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrina ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrina ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Cobertura primária

☐ Outro:

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 4R/48h

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 4R/48h

Troca

Profissional que realizou procedimento

Enfermeiro Il. Silva
Enfermeiro Il. Silva

Enfermeiro Il. Silva
Enfermeiro Il. Silva

Enfermeiro Il. Silva
Enfermeiro Il. Silva

Observações

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	30/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL PARA DIABETICOS				5ND
2	AVP				Manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 51 X D'A S/N				
8	PLASIL 10MG EV 6/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF3,3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSV + COGO 8/8 H				Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS				14.22.06
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				14.22.06
17	CLFFPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 MI EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍS CO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

19.01.07-
Realização de
medicação
de Roraima,
conforme BRS
equis -
de - familiar

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100x73	98	22	34.4
18 H	122x80	85	20	36.2
24 H	132x80	83		36.4

Dr Odinezi Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 185188

12h Pe: no leito: no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa,
seguiu em observação. Tacs Conf. *Assinado: Dr. Odinezi Okemir*
3:00 às 18:00 h.
Medicamento administrado: medicação de Roraima,
não foi medicação seguiu pois, não tem fôto e não apresenta

Tratamento de Feridas -

HCR

Paciente:

João Fedeiro dos Santos

Leito:

408-3

Data: 30/01/19

1. Identificação



Região:

M.E.



Região:



Histologia

☐ DLP I II III IV 9* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outro:

☐ DLP I II III IV 9* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outro:

Aparência da

☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

Peje Periférico

☒ Manual ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

☐ Manual ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

Quantidade de

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
☐ Outro:

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
☐ Limpeza

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
☐ Limpeza

Cobertura

☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Tubo

☐ 12/12 ☒ Diária ☐ 4x/48h
☐ Outro:

☐ 12/12 ☐ Diária ☐ 4x/48h
☐ Outro:

Profissional que

realizou

() 12/12

() 4x/48h

() Diária

() 4x/48h



procedimento

Ass. Soares Costa
Enfermagem
CDE-ENF 544 290

Larissa Albuquerque
Téc. de Enfermagem
CDE-ENF 544 290

Observações

408-3

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		ON	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNOSTICAR	FRATURA LUXACAO TORNO/ELLO ESQUERDO				
ALERGIAS					
IDADE	60	HAS		DM2	
ITEM		LEITO	408-3	DATA	31/01/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				SND
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N				
7	TENOXICAM 40 MG LV 1 X DIA S/N				
8	PLASCLON 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 10 EV DL 8/8H S/N				21 SN
10	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVY + COOG 8/8 H				m Rotina
15	DLXIRO 5/CP'S				06
16	AMITRIPTILINA 25MG / CP VO NA NOITE				22
17	CLIFFIMIL 15 EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONDIÇÃO ESQUEMA: 200 250 2UI; 250 300 4UI; 300-350 6UI; 350 400 8UI; ≥ 400: 10 UI F.OU GLICOSE < 70 DL/VL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENCOTRO PACIENTE OFITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BLS, TOTE, ACIARÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06 120/75 78 19 36.4				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	85	18	36.2
18 H				
24 H	114/82	85	18	36.4

Dr Odinechi Ekekeiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 2851 RR

43 anos 4. Afecção SSVV e art me
 decaída, acetato com 16 por mao
 tes na par mioria. Sigaue a
 eu duados da suplenção

12hs Reduzido Boca AVP. aporido
 Surar Vitar Jaque em tuzas
 de temperatura 36.4

13 60 19hrs
 autm. med. can
 e de ho nio
 + 50
 70-75

Coordenador de Farmácia
 COREN-RR 527801-40JY



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



408-3

J

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNOSTICADA FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 60 LITO 408-3 DATA 01/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OL 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV 31 X DIA S/N	
8	PLASII 10MG EV 2/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML LV DL 3/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E CU PAD > 110 V.MIK	
12	SIMETICONA 1 CP OL 10 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CDOG 600 II	
15	DEXTR0 6/8HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CLOFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
20		
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 261-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OL GLICOSE < 70 GL/MIL GLICOSE F 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

23 de 06 NT

14-20-26

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO.
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIÂNÓICO, ANIUTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06-PA=118/86 P-88 T=36.5

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	108/80	96	20	35.9
18 H	130/96	97	19	36.3
24 H	131/78	81		36.5

Dr. Orlanildo Oskemil
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
15/01/2019

Atos 13 verificados sinais vitais

Das 13 as 19 hs. Administrado medicação + sv de horário





Núcleo de Enfermagem em

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:



Vera, 9 anos, da Santos

Feito:

4083

Data: 01/02/2019

HRC

Localização	 	Região: <u>USC</u>	Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> JLP III IV ^{9*} <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfaco <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenar Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso sanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Solução de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento	<div>Assinado por: <u>Marcos Antonio de Souza</u> Assinado por: <u>Marcos Antonio de Souza</u></div>		
Observações			



Núcleo de Enfermagem em

Pré

Versão

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HCR

Paciente:

Socor Teodoro dos Santos

Leito: 408-3

Data: 02/02/19

Localização



Região: MDS, E.



Região:

Etiologia

☒ IIT III V* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Imobilidade
☐ Outro:

☐ IIT III IV* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Imobilidade
☐ Outro:

Aparência do

☒ Amarelo Negro ☐ Esfêrcio ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros

☐ Necrose Amarelo Negro ☐ Esfêrcio ☒ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros

Pele Periferecional

☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossangüíneo ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossangüíneo ☐ Seco
☐ Outro:

Quantidade de

☐ Molhado ☒ Líquido ☐ Semi

☐ Molhado ☐ Líquido ☐ Seco

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura

☐ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Troca

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Marta de Fátima N. Figueira
Auxiliar de Enfermagem
OAB/PR 488.709

Isabelly de P. Moraes
Téc. em Enfermagem
COBEN-PR 178.677

Observações:

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	03/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				S/N
2	AVP				S/N
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				S/N
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				S/N
10	TRAMAL 100MG + SFO 5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 E OU PAIO > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	CURATIVO DIÁRIO				S/N
14	SSVV + CCGG 8/6 H				S/N
15	DLXTRO 6/6HRS				S/N
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				S/N
17	CEFFEPIME 1G EV 8/6HRS				S/N
18					S/N
19					S/N
20					S/N
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFRRIL, PUPNFICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/63	69	20	36.2
18 H	138/73	88	—	36.5
24 H	112/77	83	—	35.4
6 H	130/90	79	20	36°C

Dr Odinechi Oliveira
 Residente De Clínica e
 Traumatologia
 Crm 1251 RB



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo

Versão: 08

Elaborador: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

H.C.R.

Nome: Lucas Endereço: do SanteLeito: 408-3Data: 03/02/19

Localização

Região: M.I.E.Região: M.I.E.

Fisiologia

☐ I.P.P. I II III IV ☒ V ☐ VI
☒ Trauma ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Outro ☐ Infecção ☐ Fator Externo ☐ Infecção

☐ I.P.P. I II III IV ☒ V ☐ VI
☒ Trauma ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Outro ☐ Infecção ☐ Fator Externo ☐ Infecção

Aparência do

☒ Necrose: Amarelo/Negra ☒ Esfúnculo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos: Sonda ☐ Outros

☒ Necrose: Amarelo/Negra ☐ Esfúnculo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos: Sonda ☐ Outros

Pele Periférica

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritura / Rubor
☐ Outro: Edema

☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritura / Rubor
☐ Outro: Edema

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco
☐ Outro:

Quantidade de

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura

☐ Gaze ☒ Colágeno/seftriosse ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Microgel
☐ Outro:

☐ Gaze ☒ Colágeno/seftriosse ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Microgel
☐ Outro:

Técnica

☐ 11/2/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

☐ 11/2/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

Profissional que

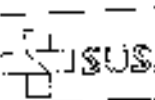
Realizou: Renata Magda Dourado
 P.O. 024 705

Realizou: Renata Magda Dourado
 P.O. 024 705

Observações:

Realizou: Renata Magda Dourado
 P.O. 024 705

Realizou: Renata Magda Dourado
 P.O. 024 705



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

4 - CNES

5 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

7 - DATA DO NASCIMENTO (GEM)

8 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - COD. DO ESTABELECIMENTO

12 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

13 - MOTIVOS PARA INTERNAÇÃO

OMC em p (E)

14 - MOTIVOS PARA INTERNAÇÃO

OMC

Dr. Dalton Feitosa
Oncologista

15 - HISTÓRICO DE DOENÇAS (RESULTADOS DE EXAMES, HISTÓRICO)

Exame de + 2x LAB

16 - DESCRIÇÃO DO CASO

OMC em p (E)

Dr. Dalton Feitosa
Oncologista

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de OMC em p (E)

18 - CLÍNICA

19 - NOME DO RESPONSÁVEL

20 - NOME DO RESPONSÁVEL

21 - NOME DO RESPONSÁVEL

22 - NOME DO RESPONSÁVEL

23 - NOME DO RESPONSÁVEL

24 - NOME DO RESPONSÁVEL

25 - NOME DO RESPONSÁVEL

26 - NOME DO RESPONSÁVEL

27 - NOME DO RESPONSÁVEL

28 - NOME DO RESPONSÁVEL

29 - NOME DO RESPONSÁVEL

30 - NOME DO RESPONSÁVEL

0415040035
R02
M866



João Cleber de Souza

UNIVERSIDADE DE CURITIBA

Data: 4.12.11 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: D.M.C. L5/S1 (E)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Disco Cervical em nível L5/S1 (E)
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MÓDIFICACÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____
CIRURGIÃO: Dr. Carlos 1º AUXILIAR: Regina
2º AUXILIAR: Adriana R.T. INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Dr. Carlos de Souza
Ortopedia Traumatologia

Dr. Rogério L. P. Dias
Ortopedia Traumatologia

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ret D.D.H + anestesia
2. Anestesia + Antépsia + Campos S.H.
3. Realização desbridamento em área de lesão L5/S1 (E)
em nível cervical
4. 2 MC exposto + lavagem
5. R.P.P.



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Secretaria de Saúde - Departamento de Anestesiologia

FICHA DE ANESTESIA

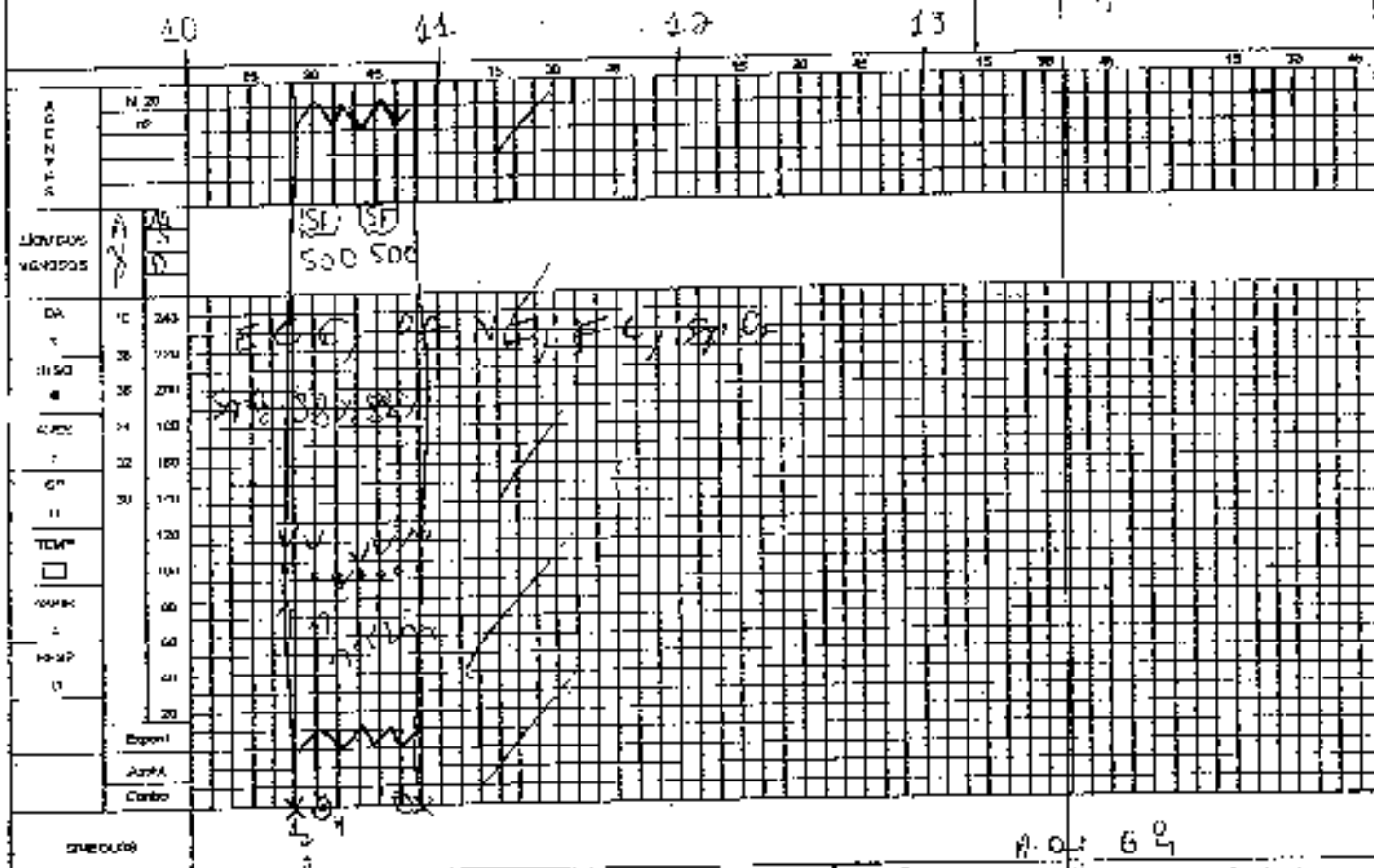
João Teodoro dos Santos

Idade 60 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - ORAL - VOSE - HORA - EFEITO

Nº

04/02/19



ANESTESIA: Propofol 0,5% 13mg

DOSE: 13mg

INDICAÇÃO: Regularização da ventilação pulmonar, simples, hipotensão, de 12 leads, controle de O2, controle renal

CONDIÇÃO: Clínica - Hx: Hx de Paroquial, Hx de Obesidade, Hx de Hipertensão, Hx de Diabetes, Hx de Doença Renal, Hx de Doença Cardíaca, Hx de Doença Pulmonar, Hx de Doença Hepática, Hx de Doença Endócrina, Hx de Doença Hematológica, Hx de Doença Neurológica, Hx de Doença Psiquiátrica, Hx de Doença Oncológica, Hx de Doença Infectiva, Hx de Doença Autoimune, Hx de Doença Congênita, Hx de Doença Adquirida

MODALIDADE: SFO, 8% 1500ml

QUANTIDADE: 1500ml

TEMPO: 10:25 a 10:55

INDICAÇÃO: Desbridamento de m m i i E

ANESTESIA: Propofol 0,5% 13mg

DOSE: 13mg

INDICAÇÃO: Regularização da ventilação pulmonar, simples, hipotensão, de 12 leads, controle de O2, controle renal

CONDIÇÃO: Clínica - Hx: Hx de Paroquial, Hx de Obesidade, Hx de Hipertensão, Hx de Diabetes, Hx de Doença Renal, Hx de Doença Cardíaca, Hx de Doença Pulmonar, Hx de Doença Hepática, Hx de Doença Endócrina, Hx de Doença Hematológica, Hx de Doença Neurológica, Hx de Doença Psiquiátrica, Hx de Doença Oncológica, Hx de Doença Infectiva, Hx de Doença Autoimune, Hx de Doença Congênita, Hx de Doença Adquirida

MODALIDADE: SFO, 8% 1500ml

QUANTIDADE: 1500ml

TEMPO: 10:25 a 10:55

INDICAÇÃO: Desbridamento de m m i i E

Dr. Antônio de Fátima
Anestesiologista
CRM 100.000

④ Etomidato 10mg (IV)

X Entombrado o SARA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jorge Ribeiro dos Santos		AOB - 07		04/02/1974
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Cirurgia em Janela Ortopédica		20:30	21:50	
EQUIPE MÉDICA				
ANESTESISTA:		Dr. Ribeiro		
RES. ANESTESIA:		R. Canabarro		
INSTRUMENTADOR				
1ª AUXILIAR		R. Odebrecht		
2ª AUXILIAR		M. Ribeiro / A. Adenilton		
CIRCULANTE				
TEMPO DE DURAÇÃO:		VALOR		
QUANT.		MEDICAMENTOS		
MATERIAIS		FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO		
PQTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		FRASCOS-SORO RINGER LACTADO		
PACOTES GAZE		FRASCOS-SORO Glicosado		
LUA ESTÉRIL 7.0		FIO VICRYL Nº		
LUA ESTÉRIL 7.5		FIO MONONYLON Nº		
LUA ESTÉRIL 8.0		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
LUA ESTÉRIL 8.5		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
LAVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO CATGUT SIMPLIS Nº		
LAMINA ESTÉRIL Nº 11		FIO CATGUT CROMADO Nº		
DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO PROLENE Nº		
DRENO DE TORAX Nº		FIO SEDA Nº		
DRENO DE PENROSE Nº		SURGICEL		
SERINGA 01ML		CERA P/ OSO		
SERINGA 03ML		KIT CATARATA Nº		
SERINGA 05 ML		GEORAM		
SERINGA 10ML		IPACARDIACA		
SERINGA 20ML		OUTROS:		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)		MATERIAL MEDICAMENTOS		
ENFERMEIRA CHEFE		SUB-TOTAL		
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
TAXA DE ANESTESIA		SOMA		
ENCARREGADO DE CONTABILIDADE		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



NOME: João Teodoro dos Santos

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS DO OPERATÓRIO

Data: 04/02/19
Hor: 10:50

Entrada na Sala: 09:30 Início da Cirurgia: 10:25 Início Anestesia: 10:50 Término Cirurgia: 11:08

Entrada na Sala: 09:30 Início da Cirurgia: 10:25 Início Anestesia: 10:50 Término Cirurgia: 11:08

Síntese: 81 10:58 10:01

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

Operatório: 09

UNIDADE DE ATENDIMENTO: ANESTESIA

ANTES DA ANESTESIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Isaac Trindade dos Santos
Número de identificação: 123456789

Atestado: Marcos R.

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

Alcance do pulso: () Sim () Não

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

O PACIENTE POSSUI:

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

R. 2. Positivo

Qual: _____

Forma de aplicação: _____

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

EXAME FÍSICO
Sinal de Tinel: Positivo

SALA DE OPERAÇÃO
Sinal de Tinel: Positivo

Assinatura e Carimbo



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS					
IDADE	60	HAS		DM2	
		LEITO	408-3	DATA	04/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFD, 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GÓTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	DEXTRU 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG : CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIÂNÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				<p>Dr Odinacht Okembi Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR</p>
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

00 às 13.00h

foi realizado exame físico, mas não foram feitos
aparelhos no pé, mas foi realizado
exame de sinais vitais pois paciente está
dentro do leito, encontrar-se em
boa condição de saúde

Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

408
3

P.O.I.

17:40h

408
3

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

HER

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>filipe e leandro de a. n. m.</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	408-3	DATA	9/12/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LAR <i>DI DA</i>				SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/die				12h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				(S/N)
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OJ 01x/20h; VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				(S/N)
7	PIASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				(S/N)
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8hs				22:00h
9	SIMEICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				(S/N)
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				(S/N)
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Clonazepam 1g 8/8h - ev</i>				<i>Clonazepam 1g 8/8h - ev</i>
16	<i>Amoxicilina 250mg 12/12h</i>				<i>Amoxicilina 250mg 12/12h</i>
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

06 - Paciente disse que sente
dores no acesso quando
é feito a Ranitidina.

06 - 132/90 P 86 *MD* T = 36.7°C


SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	120x64	95	<i>sem acesso</i>	35.7°C
18 H	115/68	98	39	36.3
24 h	135/81	92		36.6°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dos 13 às 14 h.
Administrado medicamentos
+ SV, conforme PM
aux. de

07:00 às 13:00h.
Paciente retornou 11:40h do cc, orientado
paciente, realização de punção intravenosa
realizando hidratação venosa, segue aos cuidados
de enfermagem.

4083

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	05/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 2/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVY + CCGG 8/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO
 NORMOCORADO, HIDRATADO
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinechi Dkemin Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1831-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	143/86	84	20	36,4	
18 H	140/90	85	20	34,0	
24 H	133/89	78	19	36,1	

6h 110x69 77 18 35,2

Nome: _____		Data: _____		Criança/mãe: _____		Leito: _____	
Nome Completo: _____		Idade: _____		Sexo: _____		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Procedência: _____				Hipótese Diagnóstica: _____			
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotículas - aerossol <input type="checkbox"/> Gotículas - pendúculos			
Alargio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Qual (is): _____			
Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Qual idioma: _____			
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Obs.: _____			
Desmolação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem desmolação <input type="checkbox"/> Acumada <input type="checkbox"/> Cadema de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/embate/dito							

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR				
Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	UC: _____	
Sedado	() Iápico	() Comatoso	() Normotensão	() Hipotensão	() Hipertensão	PA: _____	
Agitado	() Resposta a estímulos	() Não reage	() Pulso cheio	() Filiforme	() Arritmico	FJSC: _____	
			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				

PUPILAS		ANÁLISES		ANÁLISES	
() Fotocromática	() Alônicas	() Vitrificadas	() Vitrificadas	() SNE/SOC	() GEL / THERM
() Isotônicas	() Aislônicas	() Não frangíveis	Associação da dieta:	() NEA	() Forçal
			() Associação	() Associação	() Colostomia

REGULAÇÃO TÉRMICA			REGULAÇÃO ALIMENTAR		
() Anorexia	() Hipotermia	() Hipertensão	() Náusea	() Diarreia	() Constipação
() Febre	() Febre	() Pressão	() Vômito	() Dor abdominal	() Malária
() Urticária	() Erupção	() Edema	() Hematêmia	() Hematúria	() Hematoqueia
() Urticária	() Erupção	() Edema	() Hematêmia	() Hematúria	() Hematoqueia

CARACTERÍSTICAS DA PELLE			1 Normalizado	2 Distendido	3 Flácido
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Asfítico	<input type="checkbox"/> Macizo	<input type="checkbox"/> Flácido
<input type="checkbox"/> Humidificada	<input type="checkbox"/> Hipocrada	<input type="checkbox"/> Hipercruda	<input type="checkbox"/> Eritema Hidropático	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Clorótica	<input type="checkbox"/> Visceromegalia	<input type="checkbox"/> Sim. (+) / Ass. (-)	<input type="checkbox"/> Sim. (+) / Ass. (-)

() Anictérica () Ictérica () Acianictérica () Febril Total: _____ () Excreta por pressão () Sim () Não Região: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Polúria () Bistúria () Urinária () Hematuria () Gistostomia () Indicação com DDA () Uropen	
--	--	---	--

SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Epineuro	() Gradipneuro	() Tachipneuro	() Hipopneuro	() Aranz'Ente	() Transobstrução

CONTRÔLE DE CATHÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Caracter Periférico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____
Caracter Central:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Quantidade realizada em _____	Trocar em: _____
Sinal de injeção no site da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Notas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOB	<input type="checkbox"/> SNI
	<input type="checkbox"/> SOB	<input type="checkbox"/> SNI	<input type="checkbox"/> SOB	<input type="checkbox"/> SNI	<input type="checkbox"/> SNI
Assento da suspensão:	_____				Quantidade: _____
Caracter Visual:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data da instalação: _____	Trocar em: _____	
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____		

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



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

41083

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958
 PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS
 AGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO
 ALERGIAS: HAS: DM2: DATA: 06/02/2019

IDADE: 60 LEITO: 408-3 HORÁRIO:

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO - BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 B. 106x65 74 35,7°C

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130/70	98	20	36,2
18 H	146/82	72	20	36,6
24 H	124/77	78	-	36,6°C

Dr. Odinali Olexim
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

70x130 104 74 35,7°C
 medicacao com insulina
 + SSVV + CCGG 6/6 H

Nome:		Data:		Especialista:		Leitor:	
Idade:		Sexo:		F:		M:	
Nome Completo:				Hipótese Diagnóstica:			
Procedência:				Gottlieb - normal () Gottlieb - parâmetros			
Envolvimento no Procedimento: () Sim () Não				() Padrão () Contato ()			
Alerta: () Sim () Não				Qualificação:			
Necessidade de Interprete? () Sim () Não				Obs:			
Procedimento em andamento: () Sim () Não				Cadeia de regras: () Falsa () Comprometida/correspondente			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acostado							

SISTEMA NEURÓLOGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normotênico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sólido	() Inrposo	() Comatoso	() Normotênico	() Hipotensão	() Hipertensão
() Agitado	() Resposta a estímulos	() Não respo	() Pulso cheio	() F.F. normal	() Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Tórnus, iguais	() Mídricas	() Mídríacas	() VO	() SNG/SOG	() E.T. () N.P.
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Adequação da dieta:	() Sim	() Não () Parcial
REGULAÇÃO TÉRMICA			Exsudação:	() Presente	() Absente
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal	() Diarreia	() Constipação
() Febril	() Febre	() Pirrexia	Haleto:	() Presente	() Absente
() Hiperpirexia	CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotênico	() Distendido	() Globoso
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Macio	() Tímpanico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Fluidos hidroelétricos:	() Presente	() Ausente
() Adarótica	() Ecema	Local	Visceromegalias:	() Sim	() Não
Cura por pressão:	() Sim	() Não	() SNG	() Anúria	() Oligúria
Região:			() Polúria	() Oúria	() Colúria
Curação realizada:	() Sim	() Não	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
SISTEMA RESPIRATORIO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Lúgelo	() Bradipneia	() Taquipneia	() Espontânea	() SVO	() Anúria
Oxigenotrapia	() Sim	() Não	() Polúria	() Oúria	() Colúria
CONTROLE DE CATELERS/SONDAS/DRENOS/ÓRTISES E PRÓTESES			() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
Cateter Periférico	() Sim	() Não	SISTEMA RESPIRATORIO		
Cateter Central	() Sim	() Não	() Lúgelo	() Bradipneia	() Taquipneia
Sinais de infecção no local de punção	() Sim	() Não	Oxigenotrapia	() Sim	() Não
Sondas:	() Sim	() Não	() SNG	() SNG	() SNG
Drenos:	() Sim	() Não	() SNG	() SNG	() SNG
Cateter Venal:	() Sim	() Não	() SNG	() SNG	() SNG
Próteses:	() Sim	() Não	() SNG	() SNG	() SNG
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Dificuldade	() Risco de nutrição desequilibrada	() Risco de glicemia instável	() Espontânea	() SVO	() Anúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Polúria	() Oúria	() Colúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Espontânea	() SVO	() Anúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Polúria	() Oúria	() Colúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Espontânea	() SVO	() Anúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Polúria	() Oúria	() Colúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Espontânea	() SVO	() Anúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Polúria	() Oúria	() Colúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Espontânea	() SVO	() Anúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Polúria	() Oúria	() Colúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Espontânea	() SVO	() Anúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Polúria	() Oúria	() Colúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Espontânea	() SVO	() Anúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Polúria	() Oúria	() Colúria
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Circunscrita	() Irrigação contínua	() Urinária
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
() Risco de desidratação	() Risco de infecção no local de punção	() Risco de constipação	() Espontânea	() SVO	() Anúria



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo 1

Versão: 05

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

João Todorov dos Santos

Leito:

408-3

Data: 06/02/19

Localização



Região: MLE



Região:

Litiologia

() FPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

Grav: I () II ()
 () FPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

Aparência do

Leito

() Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Drenos/ Sonda () Outros
 () Normal () Macerado () Seca () Jéfirina / Rubor
 () Outro:

() Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Drenos/ Sonda () Outros
 () Normal () Macerado () Seca () Jéfirina / Rubor
 () Outro:

Pele Perilesional

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco
 () Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco
 () Outro:

Quantidade de

Exsudato

() Molhado () Úmido () Seco
 () Outro:

() Molhado () Úmido () Seco
 () Outro:

Solução de

Limpieza

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
 () Outro:

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
 () Outro:

Cobertura

primária

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Troca

() 12/12

() Diário () 48/48h

() 12/12

() Diário

() 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Mário de Jesus M. Viana
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 020-713

Rafaela da Silva D. Gomes
 T.E. Enfermeira
 COREN-RR 020-713

Observações:



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

408
3

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNOSTO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS DM2			
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS			
2	AVP			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110/MMHG			
12	SIMETIGONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	CURATIVO DIARIO			
14	SSVV + CCGG 8/8 H			
15	DEXTRD 6/6HRS			
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS			
18				
19				
20				
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinali Okeriri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 1851-RR
6 H	100 x 70	FC 70	FR 14	
12 H	110 x 80	FC 70	FR 14	
18 H	110 x 80	FC 70	FR 14	
24 H	130 x 80	FC 70	FR 14	

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

Nome:	Data:	Enfermeira:	Leito:
Nome Completo:		Idade:	Sexo:
Profissão:		Hipótese Diagnóstica:	
Isolamento ou Proteção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parâmetro <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula/aerossol <input type="checkbox"/> Sinfusária - perdigullos	
Alergia:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual(is):	
Necessidade de Interpretação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma:	
Possui acompanhante:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:	
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Adaptado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Freixo <input type="checkbox"/> Corrimão/camisa/corrimão		

SISTEMA NEURÓLOGICO <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sono <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Hifênico <input type="checkbox"/> Arritmico	
PUPILAS <input type="checkbox"/> Pupilas reagentes <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SND <input type="checkbox"/> SNE/SND <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> RPT Acaloriação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Perda Função Gástrica: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Coexistência <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Ristox: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertérmica <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Febre		REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Abdome <input type="checkbox"/> Hádido <input type="checkbox"/> Ascítica <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Pâncreas Ruídos Hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Vácuo/obstrução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input type="checkbox"/> Hiperstésia <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normotermia <input type="checkbox"/> Hiperotermia <input type="checkbox"/> Hiperotermia <input type="checkbox"/> Anistésia <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Anisotermia <input type="checkbox"/> Edema Local Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não		SISTEMA URINÁRIO / SEXUAL <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Cistite <input type="checkbox"/> Irritação da pele <input type="checkbox"/> Jansen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Anafilaxia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não			
OCUPAÇÃO DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sinais de infecção no sítio da punção: _____ Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG Risco de: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Depleção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glitromia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado			
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Defeito articulado para alimentação <input type="checkbox"/> Defeito na autonomia para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos fisiológicos disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada			

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

41083

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS DMZ DATA: 08/02/2019

IDADE: 60 LEITO: 408-3

ITEM: PRESCRIÇÃO

1. DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

2. AVP

4. OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O. S/N

7. TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8. PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9. DIFIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10. TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12. SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O. 8/8 HRS S/N

13. CURATIVO DIÁRIO

14. SSVV + CCGG 6/8 H

15. DEXTRO 6/6HRS

16. AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17. CEFEPIME 1G EV 8/8HRS

18.

19.

20.

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/84	84	18	36,2
18 H	124/82	96	19	36,2
24 H	140/80	84	20	36,2

Dr. Odinechy Okemini
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 2851-89

Obs: Não foi realizado o desbio do paciente de horário
 por que as fitas que tem e somente p/ realizar desbio
 de urgências. Exe de plantão ciente! N x: Ana

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

Bloco	Data	Seminário	Leito		
Nome Completo		Idade	Sexo	() F () M	
Profissão		Profilaxia Diagnóstica			
Exatidão de Prescrição	() Sim () Não	() Padão () Contato () Cefaleia - acrasol () Cefaleia - endigolite			
Alergia	() Sim () Não	Qual (is)			
Necessidade de Interprete?	() Sim () Não	Qual idioma			
Fossa acompanhante	() Sim () Não	Dem			
Distribuição	() Normo () Semi deampliação () Anomalia () Cadeia de rodas () Fixa () Comprometida/casual/cante				

SISTEMA NEUROLÓGICO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Resposta a estímulos () Não responde			SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normotensão () Hipertensão () Taquicardia () Bradicardia () Normotensão () Hipotensão () Hipertensão () Hipotensão () Pulso cheio () Irregular () Arritmia () Pulso fraco								
PUPILAS () Pupilas reage () Mióticas () Midríicas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reage			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOE () SNG/SOE () GTT () NP Acaloriação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melaena Fezes: () Presente () Ausente								
REGULAÇÃO TÉRMICA () Anórie () Hipotermia () Hipertermia () Febril () Afebril () Pirexia () Hipotermia			REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotensão () Distensão () Glóbulos () Escudo () Anórie () Náusea () Vômito () Timpanismo Ruídos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalia: () Sim () Não () C: () Sim () Não								
CARACTERÍSTICAS DA PIEL () Lúida () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperemacia () Anórie () Intoxicação () Cianose () Anórie () Edema local () Cicatriz por pressão: () Sim () Não Reação: () Sim () Não () F: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SNG () Anúria () Oligúria () Polúria () Disúria () Catúria () Hematúria () Cistite () Infecção urinária () Litíase								
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneia () Bradipneia () Taquipneia () Apnéia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Sinais de infecção no sítio de punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SNG () SNG () SNG () SNG Dreno CP: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Dreno Ventral: () Sim () Não Data da instalação: _____ Local: _____ Prótese: () Sim () Não Local: _____								
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM											
() Degradação () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de ganho insatisfatório () Risco de desidratação do volume de líquidos () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Diarreia () Incontinência intestinal () Padrão de sono prejudicado () Mobilidade física prejudicada () Integridade da pele prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Conforto prejudicado						() Padrão respiratório deficiente () Déficit no autocuidado para alimentação () Déficit no autocuidado para banho/higiene () Conhecimento deficiente () Comunicação verbal prejudicada () Risco de dignidade humana comprometida () Processos fisiológicos disfuncionais () Risco de quedas () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Dor aguda () Dor crônica () Náusea () Risco de broncoaspiração () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada					



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/01/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	09/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				8ND
2	AVP				manha
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				EN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				EN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSW + CCGG 6/8 H				
15	DEXTRO 6/6HRS 1.1 (15mg) 1.1 (15mg) 2.3 (164)				06:16:07
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				08:20:00
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				17:28:00
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE ≤ 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H.	PA	FC	FR	
12 H.	117/76	77	18	36.5°
18 H.	130/90	91	18	36.7°
24 H.	125/80	80	20	36.5°

D. Odilachi Okemir
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851/RR

06.02.2019 17:34 18 35.8°



SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotenso	<input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input type="checkbox"/> Foto-reaperto	<input type="checkbox"/> Mídicas	<input type="checkbox"/> Midríases	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> SNA/SOC	<input type="checkbox"/> SNE/SOE
<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Ingestão da dieta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
REGULAÇÃO TÉRMICA			<input type="checkbox"/> Desconforto	<input type="checkbox"/> Presença	<input type="checkbox"/> Ausente
			<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> Alérgico	<input type="checkbox"/> Hiperlêptico	<input type="checkbox"/> Hipotêrmico	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Piroxia	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input type="checkbox"/> Hipotensão			<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Abaulado
CARACTERÍSTICAS DA PULS			<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Marçoso	<input type="checkbox"/> Turgido
			<input type="checkbox"/> Ruído hidroacústico	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Hidratação	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Desacuada	<input type="checkbox"/> Visceromegalia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Normohidratada	<input type="checkbox"/> Hipohidratada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	SISTEMA URINÁRIO E ADIFRESE		
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Clorótica	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> EVA	<input type="checkbox"/> Anúria
<input type="checkbox"/> Anorética	<input type="checkbox"/> Ecema local		<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Isotúria
<input type="checkbox"/> Ok em dor pressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Laxação
<input type="checkbox"/> Regulação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Laxação
<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Laxação

Curativo realizado:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	SISTEMA RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Acianótico	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	
Oxigenoterapia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual: _____			
CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/TRENÇOS/ÓRTESES E PRÓTESES						
Catete: Periférico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Data: _____	Tocar em: _____	
Catete: Central:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Duração realize-lo em: _____	Tocar em: _____	
Sonda de intubação no nível da punção:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Sonda:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNG
Trecho de: _____			Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Catete: Vascular:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data da inserção: _____		Tocar em: _____	
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tipo: _____		Tocar: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM						

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



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Laboratório: 02/2013

Atualizado: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HGR

Leitor: 408.3

Data: 09/08/19

Localização



Região: M.I.E.

Grau: I () II ()

Etiologia

☒ DPP I II III IV V* () Quimica () Química () DM () Vascular
☒ Trauma: Tensão Torsão Exatão Exatão Torção

Aparência do

Tubo

☐ Necrose Amarelada/Nequa ☒ Escurelo ☒ Granulação () Epitelização
☐ Ferida Fechada () Drenos Sonda () Outros
☒ Nódulo () Macerado () Seda () Eritema / Rubor

Pele Perifoneal

☐ Curto
☐ Purulento ☒ Secreto () Sanguinolento () Seco
☐ Outro

Tipo de Exatão

Quantidade de

Exatão

☐ Molhado ☒ Úmido () Seco

Solução de

Liquidez

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura

primária

☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol
☐ Outro

Troc

☒ 12/12 ☒ Diário () 48/48h

Profissionais que


realizam

procedimento

Marcelo de Jesus N. Vitorino
Auxiliar de Enfermagem
Cristiane dos Santos
Rodrigo Miguel Deodora
Enfermeiro
Cristiane dos Santos

Observações

408-3

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

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
------------------	------------	-----	----	------------

PACIENTE	JGÃO TEODORO DOS SANTOS
----------	-------------------------

AGNÓSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO
----------	------------------------------------

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

IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	10/02/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS	SID
---	--	-----

2	AVP	manhã
---	-----	-------

4	OMEPAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	SV
---	---	----

7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SV
---	---------------------------------	----

8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SV
---	-------------------------	----

9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	SV
---	----------------------------	----

10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SV
----	---	----

11	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SV
----	---	----

12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SV
----	---	----

13	CURATIVO DIÁRIO	M
----	-----------------	---

14	SSVV + CCGG 6/6 H	manhã
----	-------------------	-------

15	DEXTRO 6/6HRS	17:16:20
----	---------------	----------

16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	20:15
----	-------------------------------------	-------

17	CEFERIME 1G EV 8/8HRS	18:06
----	-----------------------	-------

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)		
---	--	--

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

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE		
---	--	--

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
-----------------------------------	--	--

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

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,		
---	--	--

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES		
-----------------------------	--	--

# EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,		
---	--	--

NORMOCORADO, HIDRATADO.		
-------------------------	--	--

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO		
----------------------------------	--	--

SINAIS VITAIS				
---------------	--	--	--	--

6 H	PA	FC	FR	
-----	----	----	----	--

12 H	124/81	71	18	36,3
------	--------	----	----	------

18 H	130/80	55	18	36,3
------	--------	----	----	------

24 H	128/70	80	18	36,3
------	--------	----	----	------

Dr Odiney Gkemi
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

OT 103 124/81 71 18 36,3

Exm 2 de manhã

+ SW

que

124/81

* do 12h
Dextro = 96 mg

dextro 23/55
06/78



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 11/02/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO: HORÁRIO

1: DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

2: AVP

4: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8: PLASIL 10MG EV B/8H S/N

9: DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10: TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12: SIMETICONA 1-CP OU 40 GOTAS V.O B/8 HRS S/N

13: CURATIVO DIÁRIO

14: SSVV + CCGG B/6 H

15: DEXTRO-6/6HRS

16: AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17: CEFEPIME 1G EV B/6HRS

18:

19:

20:

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉRRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	112/80	FC 80	FR 14	36.9°
12 H	130/80	90	20	36.6°
14 H	150/98	73	20	36.6°
24 H	131/83	80	14	36.6°

Dr Odinachi Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7.05.13 h foi adm -
 medição de pressão
 + SSVV - Ausculta
 23:00h - DEXTRO = 150-8/60
 06:00h - DEXTRO = 149-8/60

13.05.13h, adm. med.
 com e de honra
 + SSVV
 16.06.13

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

41083

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO: FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS DM2 DATA: 12/02/2019

IDADE: 60 LEITO: 408-3

TEM: PRESCRIÇÃO

1. DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS

2. AVP

4. OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7. TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8. PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9. D/PIRONA 1G EV DE 8/6H S/N

10. TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12. SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13. CURATIVO DIÁRIO

14. SSVV + COGG 6/6 H

15. DEXTRO 6/6HRS

16. AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17. CEFEPIME 1G EV 8/8HRS

18.

19.

20.

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; 401-450: 10UI E OU GLICOSE > 70 DL/ML GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PEANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS:

6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/70	87	20	36,0
18 H	130/60	81	20	36,0
24 H	145/90	83	20	36,4

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 12851-RR

Nome:	Data:	Endereço:	Leitor:
Nome Completo:		Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Parentesco:	Hipótese diagnóstica		
Isolamento ou Foco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Contato - armarco <input type="checkbox"/> Contato - pendigoto
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual dia:		
Recesso dado do intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual dia:		
Procurou acompanhar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs:		
Descontaminação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem descontaminação	<input type="checkbox"/> Acumado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Foco <input type="checkbox"/> Impropriedade/casualidade

SISTEMA NEFROLÓGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Coexistente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	FC: _____	
() Sedado	() Temposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso	PA: _____	
() Agitado	() Resaca urinária	() Não resaca	() Pulso cheio	() Pulso fraco	() Amarelado	Pulso: _____	

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL									
1	Foto-vagante	Médicas	1	Midiática	1	VER / TENG/COX	0	SEMPRE	0	CTT	0	KR
2	Lisodríaco	Anacóricas	2	Não-vagantes		Anc. tipo de dieta:	(Sim)	() Não	() Freq. al.			

REGULAÇÃO TÉRMICA		Endócrinas:	<input type="checkbox"/> Presença	<input type="checkbox"/> Ausência	<input type="checkbox"/> Coarctação
<input type="checkbox"/> Metabolismo	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diapirese	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Molécula
<input type="checkbox"/> Temperatura	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Ausência		

[illegible]

CARACTERÍSTICAS DA PLCE		Alimentares	Industriais	Químicas	Outras
1. Tipo de produto	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
2. Tipo de embalagem	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
3. Tipo de material	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
4. Tipo de aplicação	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
5. Tipo de uso	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
6. Tipo de manutenção	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
7. Tipo de limpeza	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
8. Tipo de segurança	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
9. Tipo de controle	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
10. Tipo de inspeção	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
11. Tipo de teste	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
12. Tipo de validação	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
13. Tipo de documentação	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
14. Tipo de registro	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
15. Tipo de armazenamento	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
16. Tipo de distribuição	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
17. Tipo de entrega	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
18. Tipo de recebimento	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
19. Tipo de controle de qualidade	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
20. Tipo de controle de custo	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
21. Tipo de controle de prazo	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
22. Tipo de controle de risco	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
23. Tipo de controle de conformidade	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
24. Tipo de controle de eficácia	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
25. Tipo de controle de eficiência	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
26. Tipo de controle de produtividade	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
27. Tipo de controle de qualidade de vida	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
28. Tipo de controle de qualidade de trabalho	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
29. Tipo de controle de qualidade de vida e trabalho	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos
30. Tipo de controle de qualidade de vida e trabalho e produtividade	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos	Alimentos

[illegible]

Nome e Cognome	Cognome	() Circondario	Vincenzo Reggiani	IST.	1980	Foto	Sigra		
Anagrafe			SISTEMA UNIFICATO / BORGHESE						

Admission	Enrollment	Local	Extrajurisdiccional	Extranjera	Extranjera
1990	1990	1990	1990	1990	1990

Origem da pressão: _____	_____	_____	_____	_____	_____
Reação: _____	_____	_____	_____	_____	_____

(autorização realizada em) 01/07/2016
 SISTEMA RESPIRATÓRIO

1) Eupneust	2) Bradipneust	3) Izoapneust	4) Hiperpneust	5) Apneustico	6) Traqueoestomía
-------------	----------------	---------------	----------------	---------------	-------------------

Origem: Data: Nº: Obj.:

Level of Performance:	() 15-1	() 15-2	() 15-3	() 15-4	() 15-5	() 15-6	() 15-7	() 15-8	() 15-9	() 15-10	() 15-11	() 15-12	() 15-13	() 15-14	() 15-15	() 15-16	() 15-17	() 15-18	() 15-19	() 15-20	() 15-21	() 15-22	() 15-23	() 15-24	() 15-25	() 15-26	() 15-27	() 15-28	() 15-29	() 15-30	() 15-31	() 15-32	() 15-33	() 15-34	() 15-35	() 15-36	() 15-37	() 15-38	() 15-39	() 15-40	() 15-41	() 15-42	() 15-43	() 15-44	() 15-45	() 15-46	() 15-47	() 15-48	() 15-49	() 15-50	() 15-51	() 15-52	() 15-53	() 15-54	() 15-55	() 15-56	() 15-57	() 15-58	() 15-59	() 15-60	() 15-61	() 15-62	() 15-63	() 15-64	() 15-65	() 15-66	() 15-67	() 15-68	() 15-69	() 15-70	() 15-71	() 15-72	() 15-73	() 15-74	() 15-75	() 15-76	() 15-77	() 15-78	() 15-79	() 15-80	() 15-81	() 15-82	() 15-83	() 15-84	() 15-85	() 15-86	() 15-87	() 15-88	() 15-89	() 15-90	() 15-91	() 15-92	() 15-93	() 15-94	() 15-95	() 15-96	() 15-97	() 15-98	() 15-99	() 15-100	() 15-101	() 15-102	() 15-103	() 15-104	() 15-105	() 15-106	() 15-107	() 15-108	() 15-109	() 15-110	() 15-111	() 15-112	() 15-113	() 15-114	() 15-115	() 15-116	() 15-117	() 15-118	() 15-119	() 15-120	() 15-121	() 15-122	() 15-123	() 15-124	() 15-125	() 15-126	() 15-127	() 15-128	() 15-129	() 15-130	() 15-131	() 15-132	() 15-133	() 15-134	() 15-135	() 15-136	() 15-137	() 15-138	() 15-139	() 15-140	() 15-141	() 15-142	() 15-143	() 15-144	() 15-145	() 15-146	() 15-147	() 15-148	() 15-149	() 15-150	() 15-151	() 15-152	() 15-153	() 15-154	() 15-155	() 15-156	() 15-157	() 15-158	() 15-159	() 15-160	() 15-161	() 15-162	() 15-163	() 15-164	() 15-165	() 15-166	() 15-167	() 15-168	() 15-169	() 15-170	() 15-171	() 15-172	() 15-173	() 15-174	() 15-175	() 15-176	() 15-177	() 15-178	() 15-179	() 15-180	() 15-181	() 15-182	() 15-183	() 15-184	() 15-185	() 15-186	() 15-187	() 15-188	() 15-189	() 15-190	() 15-191	() 15-192	() 15-193	() 15-194	() 15-195	() 15-196	() 15-197	() 15-198	() 15-199	() 15-200	() 15-201	() 15-202	() 15-203	() 15-204	() 15-205	() 15-206	() 15-207	() 15-208	() 15-209	() 15-210	() 15-211	() 15-212	() 15-213	() 15-214	() 15-215	() 15-216	() 15-217	() 15-218	() 15-219	() 15-220	() 15-221	() 15-222	() 15-223	() 15-224	() 15-225	() 15-226	() 15-227	() 15-228	() 15-229	() 15-230	() 15-231	() 15-232	() 15-233	() 15-234	() 15-235	() 15-236	() 15-237	() 15-238	() 15-239	() 15-240	() 15-241	() 15-242	() 15-243	() 15-244	() 15-245	() 15-246	() 15-247	() 15-248	() 15-249	() 15-250	() 15-251	() 15-252	() 15-253	() 15-254	() 15-255	() 15-256	() 15-257	() 15-258	() 15-259	() 15-260	() 15-261	() 15-262	() 15-263	() 15-264	() 15-265	() 15-266	() 15-267	() 15-268	() 15-269	() 15-270	() 15-271	() 15-272	() 15-273	() 15-274	() 15-275	() 15-276	() 15-277	() 15-278	() 15-279	() 15-280	() 15-281	() 15-282	() 15-283	() 15-284	() 15-285	() 15-286	() 15-287	() 15-288	() 15-289	() 15-290	() 15-291	() 15-292	() 15-293	() 15-294	() 15-295	() 15-296	() 15-297	() 15-298	() 15-299
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Se a função f tem o gráfico da função $f(x) = x^2 - 4x + 4$, então a função f é:

[illegible]

Duração					Assunto da sessão					Coleção nº			
					Tema de trabalho					Tópicos em			

[illegible]

FECHA	SOL	FBO	Equipo	DIAGNÓSTICO DE ENFERMADIA
-------	-----	-----	--------	---------------------------

1	Reglatozda	Reglatozda yirgin iqlimda Reglatozda yirgin iqlimda		
---	------------	--	--	--

[illegible]

1 Risona di glucemia intrasale	1 Ceftriaxone intramuscolare	1	1	1
1 Risona da deambulazione da sedurre per i bambini	1 Confezione ipoallergenica	1	1	1

1. História da disciplina no Brasil	1. Comunicação verbal prejudicada	1. _____
2. Evolução de técnicas específicas		2. _____

Voluntade de ficar os próximos 100	Presença de sinais de humor depressivo	1	_____	_____	_____
------------------------------------	--	---	-------	-------	-------

Eliminação triária (19/01/2009)	1. Processos (análisis e síntesis)	1	1	1	1
	2. Tipos de resultados	6	1	1	1

Fluxo de caixa (patrimônio líquido)	Risco de crédito			
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal			

() Client's	() Rates of unemployment are:			
() Economic development	() Not applicable			

() Locantille de la muestre	() 150 gr crónica			
------------------------------	--------------------	--	--	--

1	Quantidade de lotes propostos	1				
2	Modalidade licitante por lote	1				

Plano giratório da pele produzida:	Plano de braço e mão direita	—	—	—
------------------------------------	------------------------------	---	---	---

1. Tipo de tecnologia de polímero utilizado	1. Tipo de injeção	_____	_____	_____
2. Tipo de tecnologia de polímero utilizado	2. Tipo de injeção	_____	_____	_____

[illegible]



Núcleo de Enfermagem em Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

HGR

Paciente:

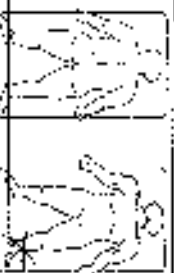
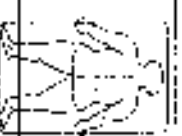
Jocelyne Teodoro dos Santos

Leito:

408.3

Data: 12/10/2019

Localização

Região: 2^a e 3^a

Região:

Etiologia

() 1^a a 4^a () 5^a a 8^a () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Torsão () Exacerbação () Infecção
 () Outro: _____

() 1^a a 4^a () 5^a a 8^a () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Torsão () Exacerbação () Infecção () Ortopedia
 () Outro: _____

Aparência do Leito

() Náuseas Azules/Verdes () Eritema () Cianose () Epitelização
 () Ferida fechada () Drenagem Sonda () Outros: _____

() Náuseas Azules/Verdes () Eritema () Cianose () Epitelização
 () Ferida fechada () Drenagem Sonda () Outros: _____

Pele Periférica

() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor
 () Outro: _____

() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor
 () Outro: _____

Tipo de Exsudato

() Sanguineo () Seroso () Sanguinolento () Seco
 () Outro: _____

() Sanguineo () Seroso () Sanguinolento () Seco
 () Outro: _____

Quantidade de Exsudato

() Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Alcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura primária

() Gaze (X) Colágeno sulfadiazina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro: _____

() Gaze () Colágeno sulfadiazina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro: _____

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Cesar Soares Costa
 Técnico de Enfermagem
 CRP-RR 000.500.500

Assinatura do Profissional
 (Assinatura manuscrita)

Observações:



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

4083

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958
PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS
AGNOSTIC: FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO
ALERGIAS: HAS DM2
IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 13/02/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1.	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS	
2.	AVP	
4.	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP VO S/N	
7.	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
9.	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9.	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	
10.	TRAMAL 100MG + SEQ 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11.	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12.	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N	
13.	CURATIVO DIÁRIO	
14.	SSVACOS G 0,6 1ml	
15.	DEXTRO 6/6HRS	
16.	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17.	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18.		
18.		
20.	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, 401-450 10UI E OU GLICOSE > 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO - ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO
ALIMENTANDO SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: GEL. TOT. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO
NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	8 H	12 H	18 H	24 H	Dr. Gethachi Olemir Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM 18.41-RP
8 H	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	
12 H	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	
18 H	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	
24 H	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	PA 120/80	

16/02/2019
PA 120/80
PA 120/80
PA 120/80
PA 120/80



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

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu João Teodoro da Silva

CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

- 3.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 13 de fevereiro de 2019.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

10/10

JOAO TEODORO DOS SANTOS

10/10/2010 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA



...ICAO TFOORO

HOSPITAL GERAL DE BORAMA

D

JOAO TEOPORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EXAMINADO EM 1974

10/12/74 14:34:11

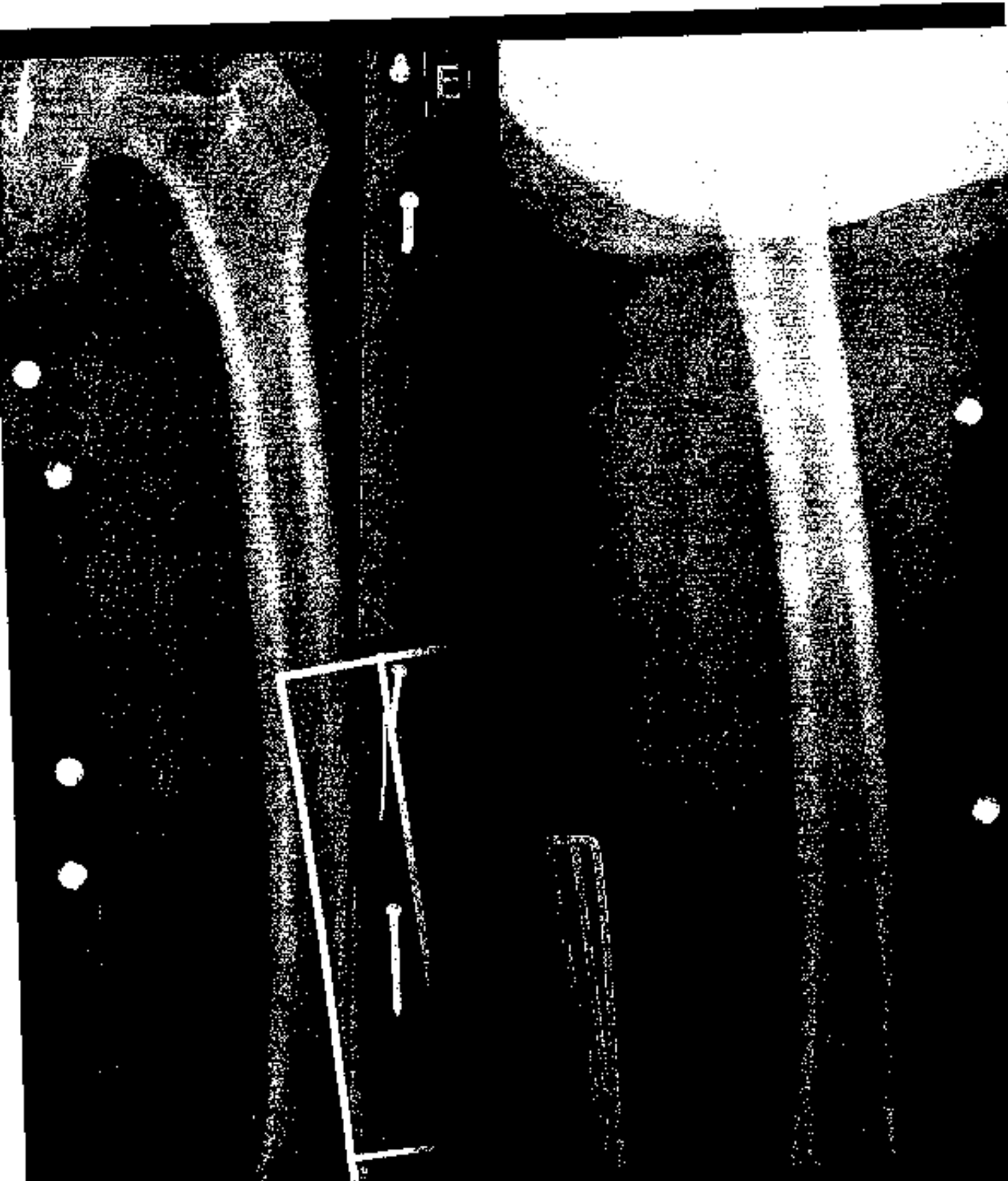


III

JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEODORA DOS SANTOS AGUIAR



JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS FOUZAR F. MORAES EIA

III



933

JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

14 WISCONSIN ST. MADISON, WIS.



JOAO TEODORO DOS SANTOS

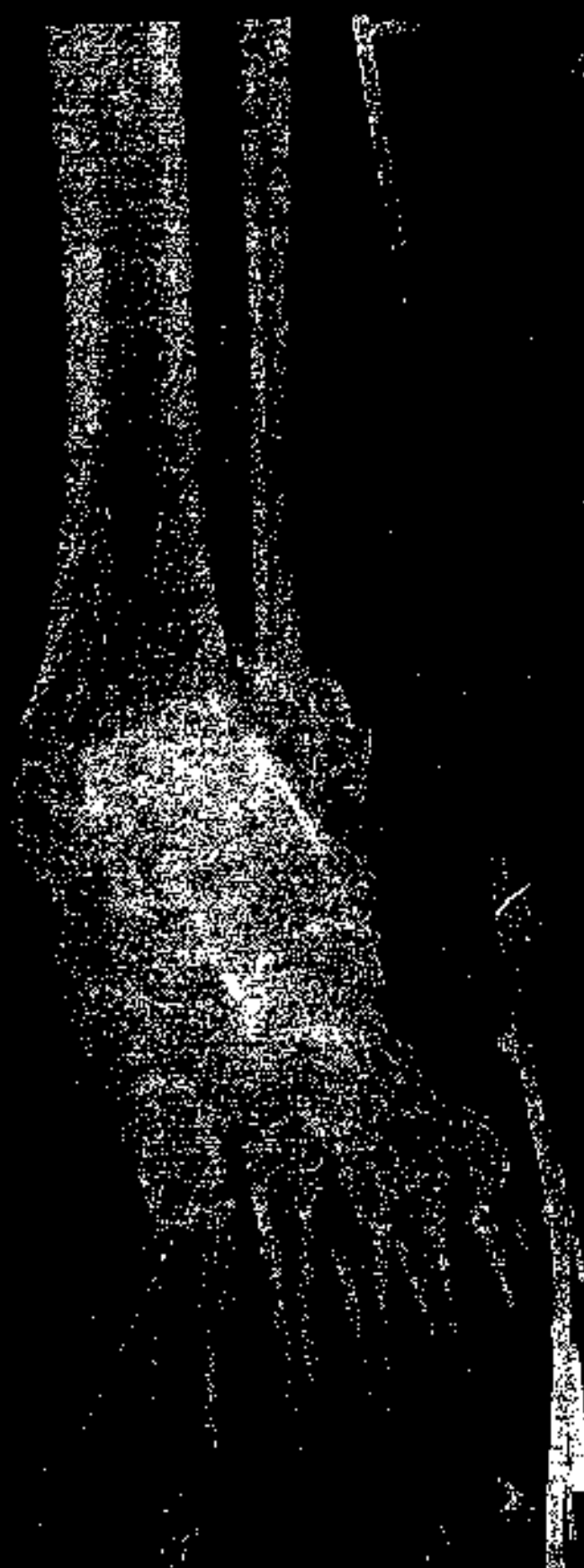
19/12/19 13:50:50

MOESTEN, CARAL DE BOBATA

11/12/19 13:50:50

11/12/19

171



JOAO TEODORO DOS SANTOS

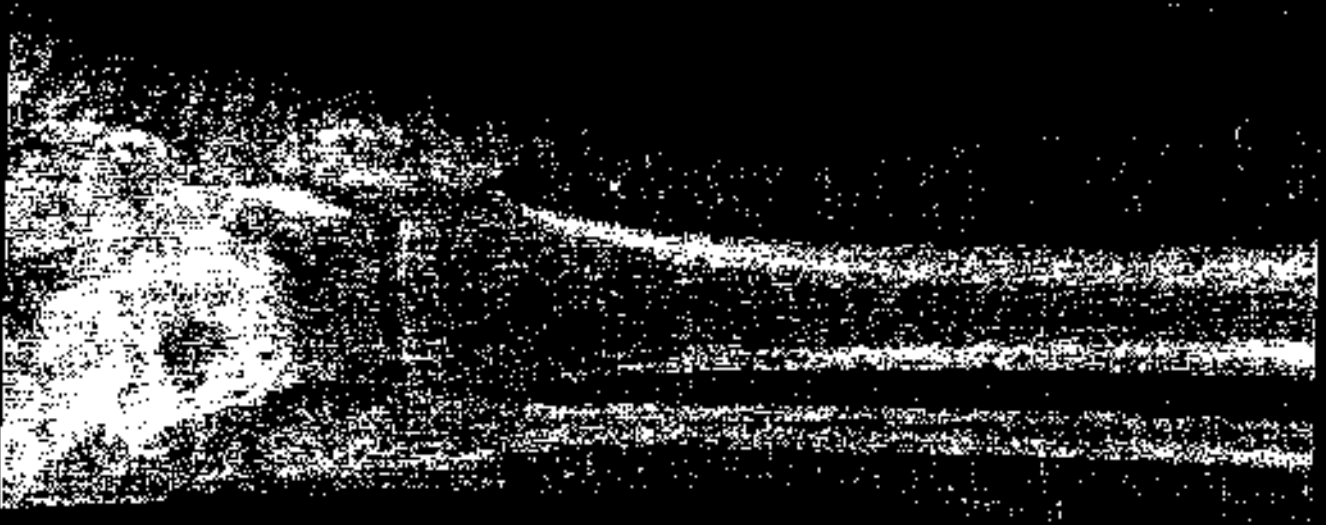
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. MARCOS ROQUE FERREIRA

15/11/2018 10:50:50

70004

11



124 36

JOAO TEODORO
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: LENTO 329

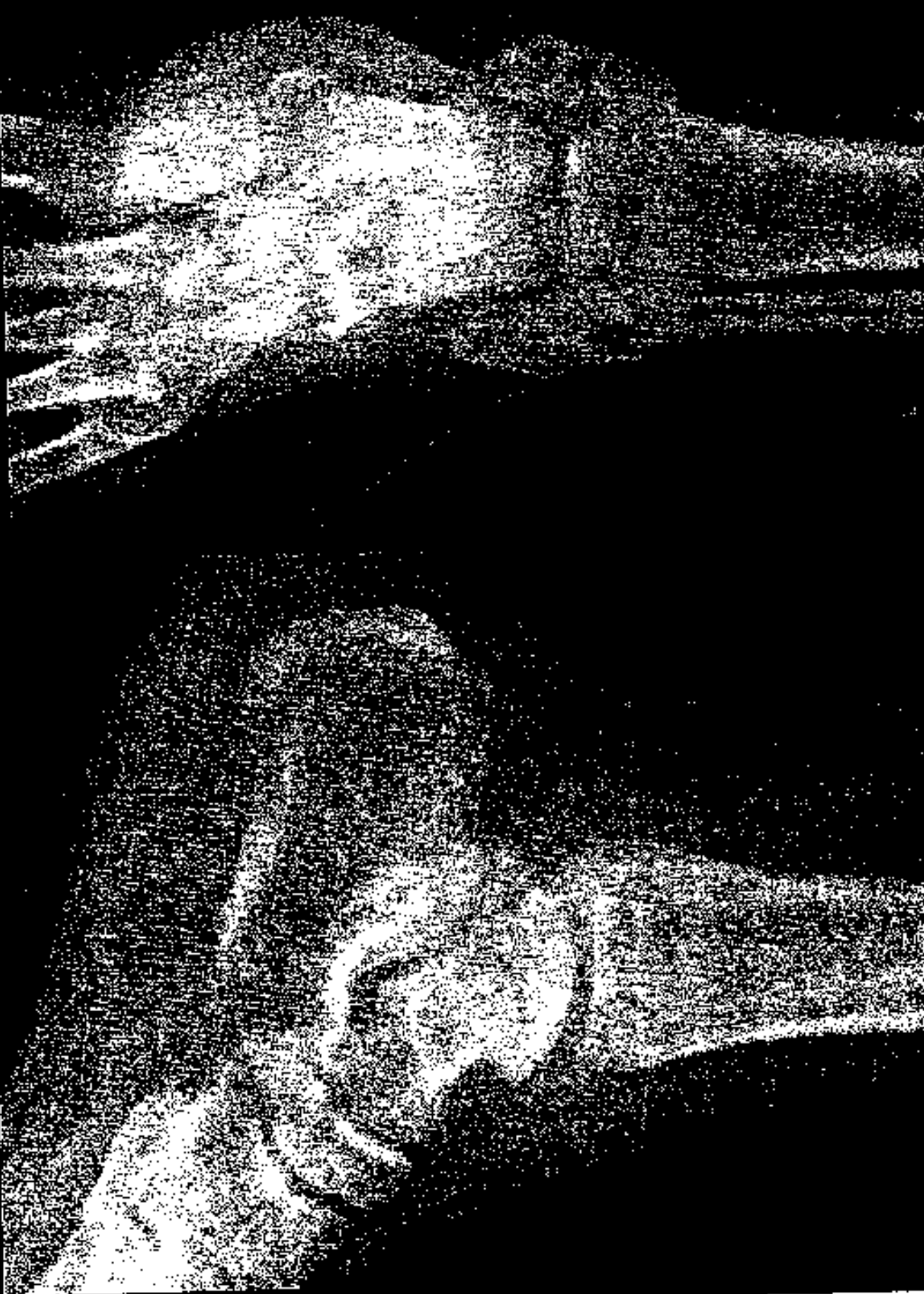
Data: 03/03/2019



912 15

Nº 182

TEODORO ALI SON



Tam, real

113,6 %

DAO TEODORO DOS SANTOS
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: 60
On: 24/05/2019

Fac: N° 1303

JOAO TEODORO DOS SANTOS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

83,7 %

15

27/03/2018

Tec:

Nr. 275

77,7 %

JOAO TEODORO DOS SANTOS

ID:

Nr: 275

HOSPITAL DAS CLINICAS

Data: 27/03/2019

Ter:

107,69

HOSPITAL, CORONEL MORA

JOAO DOS SANTOS

1940

1940



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RECEITUÁRIO

Nome:

JOSE TEODORO DOS SANTOS

Primo Músculo

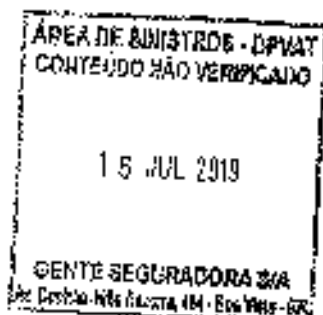
fratura de fêmur no 7º e 8º (E)
no osso para posterioridade
cintura. No momento em
que se encontra a fratura
sem nenhuma alteração

28/05/19

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19174/R

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO



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

1ª Classificação Reclassificação

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

1901059735

15/01/2019 12:18:51

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

12

Paciente

JOÃO TEODORO DOS SANTOS

Data Nascimento

15/06/1958

Idade

60 A 7 M 0 D

CNS

70700485

CPF

18768229100

Prontuário

00160390

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

140853

SSP-RR

21/08/1993

M

NAO

PARDA

SAO LUIS - MA

BRASILEIRA

Mãe

MARIA TEODORO DOS SANTOS

Endereço

RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 1338 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR

Contato

(95) 99157-5040

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sócio

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

DANIEL VIANA

Queixa Principal

Acidente de moto

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

alergia

GSC

AQ: 1234

RV: 12345

MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)

Valendo vítima de colisão moto moto, trazido pelo samu, refere uso de laparectomia, mega perda da consciência e vômito
 Exame Físico
 BEG LOTE; eupneico, acantótico, normotensor, sianose leve, garganta 15,
 refere dor em MMII (E)

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X☐ ULTRA-SOM☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

1 Difusina 200mg
 2 Tilatil 40mg
 EV

Elen M. A. Ribeiro
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR 62817 - TEC

APRAZAMENTO

20 JUL 2019

OBSERVAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista 481 - Boa Vista - RR

3 Paciente irritado e não cooperativo,
 seu procedimento de limpeza e curativo,
 lavagem do GT

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revólva☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

☐ IML Anatomia Patológica

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura do Paciente ou Responsável

16 JUL 2019

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana
 Data Hora: 15/01/2019 12:19:20

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista 481 - Boa Vista - RR



1901059735

Redução de Lucro
Intenção P/
Curpr

Dr. Dalsan Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 1176

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 414 - Boa Vista - RS

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 414 - Boa Vista - RS

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



408-3

DATA DE ADMISSÃO		16/07/2019		DN	
PACIENTE	Jorge Rodrigues dos Santos				
DIAGNÓSTICO	Fratura de fêmur - trauma				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	62	LEITO		DATA	15/07/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				14h - 12h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18h - 04h de
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Atenção
14	CURATIVO DIÁRIO				Retina
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Costa Lima, 100 - Boa Vista - RR

22:30
PP: 140x70 mm

cancelado

108-3

Dr. Odinácio Xavier
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185174

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

SINAIS VITAIS

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Costa Lima, 100 - Boa Vista - RR

18:30 - Paciente retornou às 18:30h
15:30 - Evadido do Grande Trauma, recusando-se
a realizar procedimentos necessários.
S/ efeito.

Enfermeiro
Carla de Freitas Ribeiro
CRM: 185174

João + rodolfo

408-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	DATA			
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				monda
4	TILATIL 20MG.EV. 12/12H				prop.
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				prop.
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12 18 24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SA
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SA
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Rolima
14	CURATIVO DIABIO				Alencar
15					
16					
17					
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente Dm 2
 f. de 702

SINAIS VITAIS				
6 H	130/86	89	30	20
12 H				
18 H	133x80	81	sem relac	36°C
24 H	128/72	78		36°C

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA
 408-3

15:30 Q2
 PA 140x70
 PC 84.6°C
 TX 36

R= 34 Dinam. Proxente

035: Paciente procedente do GT
Admitido às 15:50.

Em cadeia de nodos
ar ansuete, exsente, outado,
Mantendo AUP. em MSD. Segue
aos cuidados da equipe de
enfermagem.

Francisco Alencar Rodrigues
RMEN-RR 353.432 - ENF

05:37:00 administrado medicação venosa
do sinais vitais

Martlane Frazão Farias
Aux. de Enfermagem
RMEN-RR 510.509 - AUX

06:00 - Rubenito me.c.p,
admitido exsente, no que mais
cuidado Inf. p. 3i m

1 408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 17/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5ND
2	AVP			manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			M
13	CURATIVO DIÁRIO			Rotina
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 1200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	88	20	36,5°C
18 H	148x90	98	20	36,9°C
24 H				

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

Realizado coleta
de sangue

7 às 13h → Realizadas cirurgias de
enfermagem. Adm. médicos do
item 9, pct. quinquênio de don.
família

Foram Apud Viras,
vitais, Tugos e Unidos.
de Superstição.

3000

~~Assessoria Técnica de Engenharia~~
~~COREN-RR Tel. 366-1151~~



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018


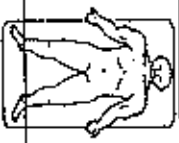
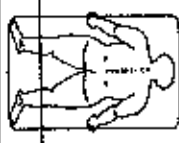

Paciente:

Ygor Teodoro do Santos

Leito:

408.3

Data: 17.01.19

Localização	 	Região: M.I.E	 	Região:
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I III IV ? * <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perifoneal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento	Rafaela Aguiar			
Observações:				

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	18/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				Monte
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO;
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SSV 0.6
PA 720/80
SC 703
T 36.2

SINAIS VITAIS				Dr Odinaechi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150X100	70	20	
18 H	151X94	91	20	
24 H				

7:00 às 19:00h.
O horário das 11:00 paciente relatou náuseas,
nausea, apresentou pico hipertensivo, administrado captopril
e vo, dipirona a. Medicação p/analgesia. Segue os
dados de enfermagem. Silvana Corrêa 414841



Núcleo de Enfermagem em

Prevenção de

Versão 018

Data: 18/04/2019

Tratamento de Feridas

HGR

Paciente

João Teodoro dos Santos

Data: 18/04/2019

Realização

Procedimento: Prime. Espandido

Região:

Indicação

☒ Úlcera / Ferida / Queimadura / Cirurgia / DM / Vascular
☒ Trauma / Fratura / Externa / Ortopedia
☐ Outros☐ Úlcera / Ferida / Queimadura / Cirurgia / DM / Vascular
☐ Trauma / Fratura / Externa / Ortopedia
☐ Outros

Aparência do

☐ Normal / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferida fechada / Dreno / Sonda / Outros☐ Normal / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferida fechada / Dreno / Sonda / Outros

Lento

☐ Normal / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferida fechada / Dreno / Sonda / Outros☐ Normal / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferida fechada / Dreno / Sonda / Outros

Tipo de Ferimento

☒ Corte / Alagado / Queimadura / Escoriação / Rubor
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Corte / Alagado / Queimadura / Escoriação / Rubor
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Tipo de Ferimento

☒ Corte / Alagado / Queimadura / Escoriação / Rubor
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Corte / Alagado / Queimadura / Escoriação / Rubor
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco

Quantidade de

☒ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / Seco☐ Molhado / Seco / Amarelado / Negro / Esfacelo / Granulação / Epitelização
☐ Ferimento / Saco / Sangramento / Serossanguíneo / SecoAssinado por: Arq. Arguio
Técnica de Enfermagem
COREN RJ 007 75517E

Obs: com pontuação recom que sofreu um acidente de mo-
to e nesse momento o topo cete foi socado de sua cabeça.
esse queixa-se de cefaleia de grande intensidade, tipo 38555



GOVERNO DO
RORAIMA
HOSPITAL GERAL DE
RORAIMA

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

Enfermeira
Carmen RR 000.296.364

Solista
Jusélio
medic

DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019		DIH		DN		15/06/1958		
PACIENTE		JOAO TEODORO DOS SANTOS								
AGNÓSTIC		FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO								
ALERGIAS		HAS		DM2						
IDADE		60		LEITO		408-3		DATA 19/01/2019		
ITEM		PRESCRIÇÃO							HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE							SU	
2		AVP							mont	
4		OMEPAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N							SU	
7		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N							SU	
8		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N							SU	
9		DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N							SU	
10		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							SU	
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							SU	
12		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N							SU	
13		CURATIVO DIÁRIO							curativo	
14		SSVV + CCGG 6/6 H							resolção	
15										
16										
17										
18										
19										
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							SU	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06 - 127/78, 79, 18 36.5

SINAIS VITAIS					Dr Odlnachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 185/RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	158x77	63	sem alteração	36.4°C	
18 H	184x113	80	sem alteração	35°C	
24 H	124/77	84	18	36.5	

7:00 às 19:00h -
realizado somente verificação dos sinais vitais
que aos cuidados de enfermeira
Diana Teixeira Pedosa
Auxiliar de Enfermagem
COPEN-RR 017874-10X



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



DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	20/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SV
2	AVP				mon to
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SV
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SV
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SV
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N				SV 12 6:35
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SV
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SV
13	CURATIVO DIÁRIO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Realizar
15					
16					
17					
18					
19					
20					SV
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinaeli Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	143x80	77	20	35°C	
18 H	142x84	81	18	35°C	
24 H	130x86	79		36,1°C	

6h PA = 125x81
 P = 92
 T = 37,1
 R = 16

Obs: pcte relata que está com
 cefaleia todos os dias depois
 que bateu a cabeça. Tec linzibite



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08





Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Paciente: João Tróvão das Sontas

Leito: 408.3

Data: 19 / 04 / 19

Localização	 	Região: M.I.E	 	Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Pele Perifoneal	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento	Juliana Gomes de Lima Enfermeira RORAIMA, 19 de Maio de 2019 Carla Regina S. Leite Enfermeira RORAIMA, 19 de Maio de 2019			
Observações:				

Paciente refere 800
Diabético. by Jonet con ROR 408-3

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	21/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	AVP				manter
4	OMEPAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

05:30 - Paciente que xando-se de de para neurologia. cefaleia intensa, administrando item 09, 10 e 11

Obs: Paciente relatou cefaleia, realizado pedido de parcer

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	140/90	89	22	35.4
18 H	119/74	84	20	37.2
24 H	120/64	79	19	36.6

Dr Odinaghi Olemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

06:00 -
PA = 102/
P = 92
T = 36.0

10h Foi realizado coleta de sangue e entrega ao laboratório

Argatha de S. Rezende
FARMACIA
CRM 1.078.330-TE

3:00 às 19:00h.

colocado noção de novos itens, substituição de itens e outros. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Tratamento de Feridas -



HGR

Paciente:

João Frederico dos Santos

Leito: 408-3

Data: 24/01/19

Localização		Região: MTE		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Cezar Soares Costa Técnica em Enfermagem COREN-RR 599290	Fís Simone de Oliveira COREN-RR 1000605-7E		
Observações:				

408-32



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 22/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS			SND
2	AVP			manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN
13	CURATIVO DIÁRIO			m
14	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
15	DEXTRO 6/6HRS			06:00
16				
17				
18				
19				
20				
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160x90	97	16	36.2
18 H	124/78	88	18	36.6
24 H	132x90	120	20	36.9

Dr Odinachi Okeniri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

13 as 19hs, adm, sem
mudanças de hemor
+su

Ass
16/01/19



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

4.08-3

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: João Teodoro Dos Santos

IDADE: 60 REGISTRO:

BLOCO: D ENFERMARIA:

UTI: EMERGÊNCIA:

LEITO: 408-3

DE: Ortopedia

PARA: Neurologia

Dados Clínicos:

Paciente m de 60 anos de idade, vítima
de fratura - luxação do braço E por acidente
de moto, refere cefaleia intensa e
persistente sem melhora no tratamento
clínico - favor avaliar + concluir
fratura

21/01/15

Data

Dr. Odinechi Okemir
Médico Residência
Ortopedia Traumatologia
CRM 16511/R

Médico

Paciente vítima de acidente automobilístico, relato que
se tem no registro pronto socorro (PS), desde então
evoluindo com redução da força respiratória de 2 em 2 minutos
relata que apresenta, desde então, ao quarto dia, quadro
de cefaleia episódica sem comprometimento funcional.
Ao exame: PA: Normal. Sem outros focos.
Id. reduzida por trauma.
Id. - Salicila 200mg de cozimento
- Sugiro Amitriptilina 25mg/dia.

22/01/15

Data

Dr. Felipe Queiroz Portela
Neurologista
CRM-RR 16251/ROE: 651

Médico

Siga a prescrição.

5 408-3

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS IAS DM2
LEITO 408-3 DATA 23/01/2010

IDADE 60

ITEM PRESCRIÇÃO

- 1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS
- 2 AVP
- 4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N
- 7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N
- 8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N
- 9 DAPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N
- 10 FRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOIR INTENSA
- 11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
- 12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N
- 13 CURATIVO DIÁRIO
- 14 SSVV + CCGG 6/6 H
- 15 DEXTRO 6/6HRS

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNICO,

FORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

2240 - Troca do Cateter Venoso.
MS. J. 22.

SINAIS VITAIS

CH	PA	FC	FR	
12 H	130x80	84	18	36,2
18 H	140x80	82	20	32,5
24 H				

Dr Odigachi Okeniri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

Data: 23 of 2049



Região:

[illegible]

() Tractor; Fixador Externo () arapazhi
() Tractor; Fixador Externo () arapazhi

() *Neocose, Ammota, Neugia* () *Stacelo* () *Chelonia* () *Ephra*
() *Ferida Fecunda* () *Dreana/Sonda* () *Outros*

() Normal (Macerado (Maca () Jirriena / Ruben
() Queiroz

() Quero:

() Molibdeno	() Limón	() Selenio
---------------	-----------	-------------

() Sólido: iodo y yodo 0,9% () Clorexidina 2% () Ácido 70%

() Cinnamyl 4'-hydroxybenzoate () Sulfonazida de Prata () Etanol

1011010

1000

[illegible][illegible]

408-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO: FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS:

IDADE: 60 LEITO: 408-3 DM2: DATA: 24/01/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	
2	AVP	SN
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	Manter
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
13	CURATIVO DIÁRIO	SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H	M
15	DEXTRO 6/6HRS	Rolima
16		
17		
18		
19		
20		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinacl Okerim Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12H	130x80	93	18	36,2	
18H	146/93	98	19	36,2	
24H	119x80	88	18	36,2	

ob, h 125x79 83 20 35/60



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

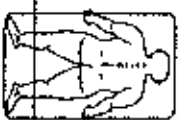

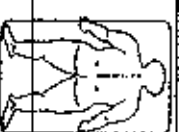

João Teodoro dos Santos

Leito:

408.3

Data: 24/01/2019

Grav II

Localização	 	Região: MJE	 	Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Estácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro:			
Profissional que realizou procedimento:	MIS SARAIVA de Oliveira COREN-RR 16987095-TE Adonilde Pereira Araújo Técnica de Enfermagem COREN-RR 10779671E			
Observações:				

408-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA.



GOVERNO DE PARANÁ Secretaria de Saúde		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958	

DATA DE ADMISSÃO	1971
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS

PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS
AGNÓSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

AGNOSTIC	FRATURA LOXAGAS TORAX			DM2	
ALERGIAS		HAS	108.3	DATA	25/01/2019

ALERGIA		LEITO	408-3	DATA	29/07/2015
IDADE	60				HORÁRIO

IDADE	80	
ITEM		PRESCRIÇÃO

ITEM		
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	3000

2	AVP	SN
---	-----	----

2	AVP	SN
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	Sol

4	OMEPRAZOL 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN

7	TENCAT/CH/...	SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN

8	PLASTIC 1000	SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN

9	DIPIRONA G EV DE 6/8H S/N	SW
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SW

10	TRAMAL 100MG + SPC 9% 100MG	SW
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE FAS - 100 - 100	SW
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	m

12	SIMPLES	VI
13	CURATIVO DIÁRIO	Estimada

13	SSW + CCGG 6/6 H	5/14	23/10	23/10	23/10
14	SSW + CCGG 6/6 H	5/14	23/10	23/10	23/10

14	COV	11/2	17	23	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
15	DEXTRO 6/6HRS	11/2	17	23	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

15	DEXTRO 6/GRHS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	<i>curativa</i>

16	AMITRIPTILINE 150MG	10/12/22
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	

17.	CLERK		
18.			

[illegible][illegible]

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

19:00 to 7:00

Procedimento Administrativo nº 151.318-TE
Tribunal de Enxergas
CASA Nº 151.318-TE

SINAIS. VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/90	100	20	35.7
18 H	150/90	86	20	36.2
24 H	130/74	85	20	36.0

Dr Odinachi Okemli
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

07:13 h. pelo no luto, afeto SSU. Dado me
realizado por falta de fato pl. gl. no sim. e
de 13h às 14h -
ADM medicamentos, afeto SSU
ac. Sarah



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

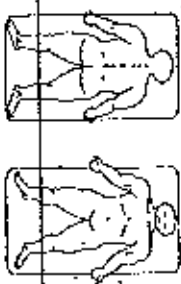
Paciente:

Leito:

João Teodoro dos Santos

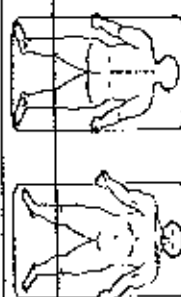
Data: 25/01/19

Localização



Região:

M. I. E



Região:

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Aparência de
Leito

(X) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo (X) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro: desidratado

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de
Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de
Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Soro Fisiológico 0,9% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura
primária

() Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que
realizou
procedimento:

João Teodoro dos Santos
Enfermagem
MOJ JOREN AR 629 703

César Soares Costa
Técnico de Enfermagem
CORBEN-RS 599-290

Observações:



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



DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	26/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND
2	AVP				manhã
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	126x80	98	FR 14	36°C
12 H	123x75	85	-	36.1°C
18 H	140x40	96	-	35.6°C
24 H	126x87	88	14	36.5°C

Dr Odipachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1861-RR

07 em 19
 Realizado os med
 eapais de horários
 SSVV - conforme Presc
 ção.
 Dr. Hamilton



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

João Tadeo dos Santos

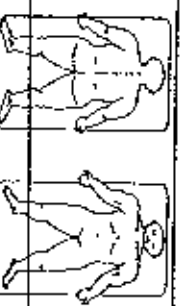
Leito: 408-3

Data: 26/01/14

Localização



Região: m. t. e



Região:

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência de Leito

(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

() Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido
() Seco

() Molhado () Úmido
() Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

() Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Tóca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Luciano Antônio de Lima
Assistente de Enfermagem
COREN-RR 932.303

Regina Silveira Brito
Assistente de Enfermagem
COREN-RR 415.275

Observações:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR

DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019		DIH		DN		15/06/1958	
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS									
AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO									
ALERGIAS									
IDADE		60		LEITO		408-3		DATA	
								27/01/2019	
PRESCRIÇÃO									
ITEM									HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS								5N
2	AVP								maio
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N								
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N								
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N								
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N								
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA								5N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								18
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N								
13	CURATIVO DIÁRIO								
14	SSVV + CCGG 6/6 H								
15	DEXTRO 6/6HRS								
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE								
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS								
18									
19									
20									
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA									

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Tax.
12 H	ausente do leito			
18 H	170/110	89		36,3
24 H	134x77	86	-	35,8
6 H	123x86	86	-	35,8

Dr Odinachi Okanir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851 RR

DAS 7-19h

Adm. medicações de horário CPM

Aferindo sinais vitais. Apresentação

fu pertensão adm. úm. (1)
 Luzarina da Silva
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 963.800 TE

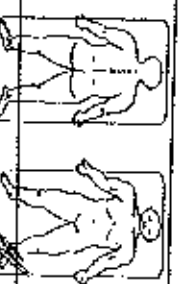
Paciente:

José Carlos Santos

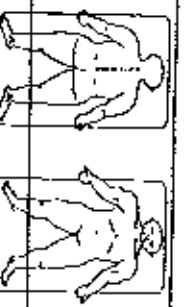
Leito: 408 - 3

Data: 27 / 04 / 19

Localização



Região: MLE



Região:

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perifereira

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido

() Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h



Profissional que realizou procedimento:

Andressa Gomes de Lima
Enfermeira
RPPN-RR 309.803

Larissa Alves Costa
Enfermeira
RPPN-RR 124.428-72

Observações:

408-3

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	28/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SND
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

15 INTF 17 194mg/dl 23130
067
14 22 06
Ratma 85mg/dl

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	108X60	83	FR 18	36,2
12 H	120X80	76	18	36,2
18 H	130/90	87	19	36,7
24 H	110X70	95	20	36,2

Dr Odinechi Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CMT 1851-RR

7 às 13h → Realizados curativos de enfermagem. *fermagem*

17h DEXTRO: 94mg/dl

13 as 194, por no leito
Adm medicação C.P. de
Aferido 23130, 067
14 22 06



Núcleo de Enfermagem em

Prof. João nº 1

Versão

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR



Paciente:

João Sacerdos dos Santos

Leito:

408-3

Data: 28/01/2019

Localização		Região: <u>ME</u>		Região: <u>ME</u>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Renata <u>Renata</u> Mestre de Enfermagem COREN-RR 353.802			
Observações:	Benício <u>Benício</u>			

408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958	
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTIC	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	29/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				SAD
2	AVP				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 8/6 H				Defina
15	DEXTRO 6/6HRS				06 LHO
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				22/06
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	98	20	36
18 H	145x95	91	20	35°C
24 H	140/90	90	20	36°C

Dr Odinacy Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

7:05 13hs foi verificado
SSVV. Ana Maria

18hs - Administrado medicação CPM.
Alívio SSVV com parâmetros normais
Segue aos cuidados da equipe de
enfermagem. Tec. Rf

Roberta Cristina A. Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 220.873-7E

08:02 - 130160
fc: 90 TAX. 36°C

Prostado todos os
cuidados, SSVV e
TAX. 36°C

Tratamento de Feridas -



HGR

Paciente:

João Pedro do Santos

Leito: 468-3

Data: 23/02/19

Localização		Região: <u>MJE</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira <input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Puntiforme <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Emília do N. Silva Enfermeira Coren-RO 153.145-05 Claudete de S. Leite Enfermeira Coren-RO 153.145-05 Raquel Silva Rodrigues Enfermeira Coren-RO 153.145-05			
Observações:	_____ _____ _____ _____ _____			

408-3



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA 30/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS			BND
2	AVP			Manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS. S/N			
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	DEXTRO 6/6HRS			
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS			
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x73	79	22	34.4
18 H	122x80	88	20	36.2°C
24 H	132x84	83		36.1°C

Dr Odinachi Okemir
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRO 1851 RR

12h. Pe, no leito, no decorrer do plantão não apresentou nenhuma queixa
seguiu em observação. Rec. Conf. *Agostinho B. Bezerra*
Técnico em Enfermagem
CORENUR 1.079.208-JE

3:00 às 19:00 h.

Realizado administração medicamentosa de horário,
não houve nenhuma alteração nos sinais vitais e nem aparecimento de complicações.

19 de 02
Realizado
medicamentosa
de horário,
conforme prescrição.
sem complicações.

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: João Fardora dos Santos

Leito: 408-3

Data: 30/01/19

Localização:		Região: MIE		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> I LP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tação Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Cesar Soares Costa Técnico em Enfermagem COBEN-RR 599-290			
Observações:	Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COBEN-RR 1.047.432 - TE			

408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/06/1958

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO: FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS DM2 DATA: 31/01/2019

IDADE: 60 LEITO: 408-3 HORÁRIO: SND

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	manter
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI /ML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06	120/75	78	19	36.4
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	120x80	85	18	36.2
18 H				
24 H	114/82	85	18	36.4

Dr Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Crm 2851-RR

49 anos 07. Afecção SSVV e de med.
 diabetes, aceita item 16 por não
 ter na farmácia. Segue com
 cuidados da enfermagem

12hs Realizado Teste AVP. resultado
 Sinais vitais segue em anexo
 de farmacologia. Te segue

13 de 19hs
 adm. med. ca
 e de ho na
 + su
 7678

Loedi C. Meschmidt
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 527201-NUV



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



DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS				
IDADE	60	HAS	DM2	
LEITO	408-3	DATA	01/02/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS			
2	AVP			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 130 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	DEXTRO 6/6HRS			
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS			
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06-PA-118186 P-88 T=36.5

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	108/80	96	20	35.9
18 H	130/96	92	19	36.37
24 H	131/78	81		36.5

Dr Odinaçli Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1891-RR

Das 13 verificadas os sinais vitais
Das 13 as 19 as. Administrado medicação + sv de horário





Núcleo de Enfermagem em

Protocolo: _____

Versão: 08


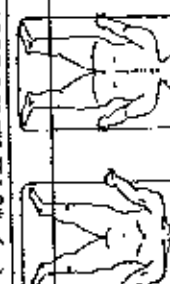
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HCR

Paciente: João Roberto da SantosLeito: 408.3Data: 01/02/2019

Localização		Região: <u>MS E</u>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Pepe Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Juvenil Moreira Assistente de Enfermagem Assistência 453.554 CONEPAR 834.872 Ana Carolina da Silva Gomes Assistente de Enfermagem Assistência 834.872 CONEPAR 834.872			
Observações:				


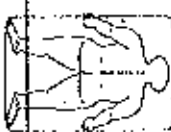


Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Pro : 01
Versão :
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018

Paciente: Socorro dos Santos
Leito: 408-3

Data: 02/02/19

Localização	 Região: <u>M.I. e.</u>	 Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfáceo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfáceo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COBEN-RR 778.677	<u>Costa J. P. Nunes</u> Técnico de Enfermagem COBEN-RR 778.677
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____

408-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	03/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				SN
2	AVP				SN
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
14	SSVV + CCGG 6/6 H				20h
15	DEXTRO 6/6HRS				21h
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				22h
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				22h
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

"ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO; ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinechi Okemir Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
12 H	150/63	67	20	36.1	
18 H	138/23	88	/	36.5	
24 H	112/74	83	-	35.4	
6 H	130/90	79	20	36°C	



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

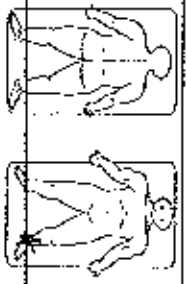

Atualizada: 12/2018

Paciente:

João Teodoro dos Santos

Leito: 408-3

Data: 03/02/19

Localização		Região: M.I.E.		Região: M.I.E.
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sorda () Outros			
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: Edema macho			
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (X) Colágenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	() Gaze (X) Colágenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h (Y) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Roraima Maguel Dedeoni Téc. Enfermagem COREN-RR 829 703 Berenice Santa Cruz Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172			
Observações:				

João Teodoro L. S. A.

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 9.12.13

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DMC - PI (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FTO Cerivige e DMC PI (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MÓDIFICACÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dalton

1º AUXILIAR: Rege

2º AUXILIAR: Adenall RI

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Dalton Teodoro
Ortopedista/Traumatologista
CRM 123456Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 123456

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pet DDM + anestesia

2- Anestesia + Anterapi + Campos Sh

3- Realização de desbridamento em área de ferida pi (E)

4- Realização de desbridamento

5- 2 MC exposto + curativo

6- RPP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

ED - 60 anos

NOME DO PACIENTE: *João Roberto dos Santos*

APT OU LEITO: *108-03*

Nº DO PRONTUÁRIO: *04*

DATA: *10.02.1979*

CIRURGIA: *Abundante em Abscessos Infestados*

TIPO: *INZ*

INICIO: *10:30*

FIM: *10:50*

TEMPO DE DURAÇÃO: *20*

TEMPO TOTAL: *20*

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA: *Dr. Moreira*

RES. ANESTESIA: *Dr. Carneiro*

INSTRUMENTADOR: *Dr. Veldinach*

CIRURGIÃO: *Dr. Veldinach*

1º AUXILIAR: *Dr. Veldinach*

2º AUXILIAR: *Dr. Veldinach*

CIRCULANTE: *Dr. Veldinach / Adenilton*

TIPO DE ANESTESIA: <i>Raque - 10:25</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:		VALOR	
QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO		
	PACOTES GAZE		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
	LUVA ESTÉRIL 7.0		FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTÉRIL 7.5		FIO VICRYL Nº		
	LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO MONONYLON Nº		
	LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
	LÂMINA BISTURI Nº 21		FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº		FIO PROLENE Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº		FIO SEDA Nº		
	SERINGA 01ML		SURGICEL		
	SERINGA 03ML		CERA P/ OSO		
	SERINGA 05 ML		KIT CATARATA Nº		
	SERINGA 10ML		GEOFOAM		
	SERINGA 20ML		PITA CARDIACA		
			OUTROS: <i>Alcool 70%, Alcool 90%, Alcool 100%</i>		

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	<i>Enfermeira</i>	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CAJUTÍLOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	<i>Enfermeira</i>	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



NOME: João Teodoro dos Santos

Dependentes em larão Infância 7/12/2005

SRPA

TRANSOPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início da Anestesia	Término da Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Localização	Sinais Vitais
Data: 04/02/19 Ref: 60 Chegado: Emergência () U.T.I. 1 Internação () U.T.I. 2 Outros: Cirurgia Proposta: <u>Infecção de ferida</u> T.E. <u>6</u>	09:40	10:30	10:25	10:55	11:08	Dependentes da Mãe / Pequeno			T 37.5 P 81 PA 102/68 SPO2 100%

Informações:	Outros:	SG a 10%	Plaquetas:	1. Sonda	2. Curativo	3. Dreno	4. Acesso Venoso	5. Outros:
Lequm () Pré-anestésico Solas () Intracath Sano () Soro Alegra () Cardiotom Exames () Anestésico Outros:	Anestésico: <u>Naqua. De. Geral.</u> Antibiótico: <u>Clavul.</u> Terapia: <u>Clavul.</u> CH: <u>---</u> Plasmaz: <u>---</u>	N° de compressas oferecidas: <u>Clavul.</u> N° de compressas recolhidas: <u>Clavul.</u> Sinais Vitais: T: <u>37.5</u> °C P: <u>96</u> bpm SAT: <u>97</u> % R: <u>20</u> rpm FC: <u>96</u> bpm PA: <u>102/68</u> mmHg	Anatomia Patológica: <u>Não</u> N° peças: <u>---</u> Culbra: <u>---</u> Outros:	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso				

2. Estado Emocional/ Mental	Exames na S.O.:	Ht	Hb	Hemograma	Raio X
Choro () Sonolento Agitado Outros: <u>Sedado</u>	Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Raio X Outros:				

3. Sinais Vitais:	Legenda
T: <u>37.5</u> °C P: <u>96</u> bpm PA: <u>102/68</u> mmHg SAT: <u>97</u> % R: <u>20</u> rpm FC: <u>96</u> bpm Regular () Irregular USA: <u>Amniotico 1.5ml</u>	1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Pneu 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Verificação 8. Dreno 9. SNG 10. Feixa de Sinarth 11. Outros:

4. Condições da Pele:	Destino:
() FAF () Ferimento () FAF () Queimado () Dor () Hematoma () Frieza () Contusão () Edema () Deformidade () Asséptico () Amputação () Lavado () Fratura Exposta	Destino: <u>SRPA</u> () U.T.I. () Outros: Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2005



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

HGR

DN 15/06/1958

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO
ALERGIAS
IDADE 60 LEITO 408-3 DM2 DATA 04/02/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			



Dr Odinachi Okemchi
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

07:00 as 13:00h
Jão foi realizado dextro pois não tem fôlego e
um aparelho no peto, não foi realizado
exame de sinais vitais pois paciente está
suscitado do leito, encontra-se em
ao cuidados de enfermagem

Alisson Costa Reis
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 4178/4-AUX

P.O.I. 11:40hs

4083

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia								
PRESCRIÇÃO MÉDICA						DN _____		
DATA DE ADMISSÃO _____				DIH _____				
PACIENTE <u>filho Cleodoro de Azevedo</u>								
DIAGNÓSTICO _____								
ALERGIAS _____				HAS _____		NEGA _____		
IDADE _____				LEITO <u>408-3</u>		DM2 _____		
				DATA <u>4/12/19</u>		NEGA _____		
ITEM				PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL <u>LIQUIDA</u>							HORÁRIO <u>SND</u>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia							<u>I 7:00</u>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h <u>3 susp</u>							<u>=</u>
4	TILATIL 20mg 12/12hs							
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N <u>22</u>							<u>(S/N)</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 500mg (20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							<u>(S/N)</u>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							<u>(S/N)</u>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS							<u>(S/N)</u>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							<u>(S/N)</u>
10	SSVV + CCEG 6/6 H							<u>(S/N)</u>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG							<u>(S/N)</u>
14	CURATIVO DIÁRIO							
15	<u>Cefepime 1g 8/8h - EV</u>							<u>(S/N)</u>
16	<u>Amoxiclav 250/125 1900 N/A</u>							<u>(S/N)</u>
17								
18								
19								
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

06 - Paciente disse que sente
 dor no acesso quando
 é feito * Ranitidina.

Dr. Marcelo Aguiar
 Médico Residente em
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 15415

06 - 132/90 P-86 T=36.7°C

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	120x69	95	sem acesso	35.7°C
18 H	115/68	98	39	36.3
24 H	135/81	92		36.6

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

17:00 às 13:00h.

Paciente retornou 11:40h do cc, orientado
 ausente, reabilitado, sinais vitais
 normais, segue em cuidados

Das 13 às 19 hs.
 Administrado medicamento
 conforme PM.



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2
IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 05/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORARIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS

2 AVP

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160.E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIARIO

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 DEXTRO 6/6HRS

16 AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17 CEFEPIME 1G EV 8/8HRS

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	143/86	87	20	36,4
18 H	140/90	73	20	37,0
24 H	137/89	78	19	36,1

Dr. Odinechi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1854-RR

6h 111x69 77 18 35,2

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

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

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



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



4108
3

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH		DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS				
AGNOSTI	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	06/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	106/65	74		35,7°C
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/70	98	20	36,2°C
18 H	146/84	72	20	36,6°C
24 H	124/77	78	-	36,6°C

Dr Odinachi Okeniri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RN

7 de 13 h foi adm
medicacão de horário
+ SSVV + Acas. horário

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

SISTEMA NEURÓLOGO						SISTEMA CARDIOVASCULAR								
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____	() Sedado	() Torporoso	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso	PA: _____	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso: _____								
PUPILAS						ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL								
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midríaticas	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GIT	() NPT	() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA						REGULAÇÃO ABDOMINAL								
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido	() Febril	() Febre	() Pirexia	Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	() Normal	() Diarreia	() Constipação	() Melena
() Hiperplexia						() Flatos: () Presente () Ausente								
CARACTERÍSTICAS DA PELE						SISTEMA URINÁRIO / DIURESE								
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria	() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico	() Maciço	() Timpanico		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente	Visceromegalias: () Sim () Não	FO: () Sim () Não		() Aclanótica	() Edema Local:						
Úlcera por pressão: () Sim () Não	Região: _____	Curativo realizado: () Sim () Não	Qual: _____											
SISTEMA RESPIRATÓRIO						CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES								
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia									
Oxigenoterapia: () Sim () Não	Qual: _____													
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM														
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz													
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação													
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene													
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente													
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada													
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida													
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais													
() Risco de constipação	() Risco de quedas													
() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal													
() Incontinência intestinal	() Dor aguda													
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica													
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea													
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração													
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção													
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada													



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013



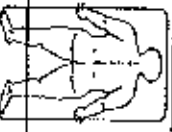

Atualizada: 12/2018

Paciente:

João Todoros dos Santos

Leito: 408-3

Data: 06/02/19

Localização	 	Região: MLE	 	Região:
Etiologia	() LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Púrpura () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Púrpura () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Púrpura () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	() Púrpura () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima M. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 449.708	Rosângela Miguel Depoim Enfermeira COREN-SP 625.703		
Observações:				



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

408
3

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS

IDADE 60

ITEM

1

2

4

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

LEITO 408-3 DATA 07/02/2019

PRESCRIÇÃO

DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

AVP

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

CURATIVO DIÁRIO

SSVV + CCGG 6/6 H

DEXTRO 6/6HRS

AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

CEFEPIME 1G EV 8/8HRS

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BÉG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C
12 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C
18 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C
24 H	100 x 70	FC 70	FR 14	36°C

Dr Odinachi Okeronji
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1251-RR

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

SISTEMA NEURÓLOGO <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico UC: ____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão PA: ____ <input type="checkbox"/> Pulso Chelo <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: ____																																															
PUPILAS <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente																																															
REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Tampônico Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																															
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Aclanótica <input type="checkbox"/> Edema local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			SISTEMA URINÁRIO / BIURÉSE <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uroper																																															
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____																																																		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____																																																		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deglutição</td> <td><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</td> <td><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de quedas</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarreia</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</td> <td><input type="checkbox"/> Dor aguda</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Dor crônica</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____																																																
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____																																																



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



4108
3

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH. DN 15/06/1958

PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 08/02/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS

2 AVP

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 DEXTRO 6/6HRS

16 AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17 CEFEPIME 1G EV 8/8HRS

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/81	84	18	36,4
18 H	123/84	96	19	36,6
24 H	140/80	84	20	36,2

Dr Odinechi Okemini
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Crm 1851-RR

Obs: 130/90 91 20 36,5

Não foi realizado o deseto do paciente de horário
 que as fitas que tem é somente p/ realizar deseto
 emergenciais. Exiba de plantão ciente! Aux: Ana

Deambulação: { } Normal { } Sem deambulação			SISTEMA CARDIOVASCULAR			RC: ____	
SISTEMA NEUROLÓGICO			{ } Normocárdico { } Bradicárdico { } Taquicárdico { } Normotenso { } Hipotenso { } Hipertenso { } Pulso Cheio { } Filiforme { } Arritmico			PA: ____	
{ } Consciente { } Orientado { } Desorientado { } Sedado { } Torpido { } Comatoso { } Agitado { } Reage a estímulos { } Não reage			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			Pulso: ____	
PUPILAS			{ } VO { } SNG/SOG { } SNE/SOE { } GTT { } NPT { } Foto-reagente { } Mióticas { } Midríaticas { } Isocóricas { } Anisocóricas { } Não reagentes			{ } GTT { } NPT { } SNG/SOG { } SNE/SOE	
REGULAÇÃO TÉRMICA			Alimentação da dieta: { } Sim { } Não { } Parcial Evacuações: { } Presente { } Ausente { } Colostomia { } Normal { } Diarreia { } Constipação { } Melena Flatos: { } Presente { } Ausente				
{ } Afebril { } Hipotérmico { } Hipertérmico { } Febril { } Febre { } Pirexia { } Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL				
CARACTERÍSTICAS DA PELE			{ } Normotenso { } Distendido { } Globoso { } Flácido { } Ascítico { } Maciço { } Impânico Ruídos hidroaéreos: { } Presente { } Ausente Visceromegalias: { } Sim { } Não FO: { } Sim { } Não				
{ } Hidratada { } Desidratada { } Ressecada { } Normocorada { } Hipocorada { } Hiperacorada { } Anictérica { } Ictérica { } Cianótica { } Aclanótica { } Edema Local: ____ Úlcera por pressão: { } Sim { } Não Região: ____ FO: { } SIM { } NÃO Curativo realizado: { } Sim { } Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
			{ } Espontânea { } SVD { } Anúria { } Oligúria { } Poliúria { } Disúria { } Colúria { } Hematúria { } Cistostomia { } Irrigação contínua { } Uropen				
			SISTEMA RESPIRATÓRIO				

Curativo realizado: () Sim () Não		SISTEMA RESPIRATÓRIO		FO: () SIM () NÃO () OUTRO		() Ambiente		() Traqueostomia	
() Eupneico () Bradipneico		() Taquipneico () Dispneico							
Oxigenoterapia () Sim () Não		Qual: _____							
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____		Data: _____		Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____		Curativo realizado em: _____		Trocar em: _____			
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		() Sim () Não							
Sondas: () Sim () Não () SNG		() SUG () SNE () SOL () GTT		() Lavagem () Sifonagem					
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____					
Cateter Vesical: () Sim () Não		Data da instalação: _____		Trocar em: _____					
Prótese: () Sim () Não		Tipo: _____		Local: _____					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM									

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 15/01/2019 DIH: DN: 15/05/1958

PACIENTE: JOAO TEODORO DOS SANTOS

AGNÓSTICO: FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: HAS DM2 DATA: 09/02/2019

IDADE: 60 LEITO: 408-3 DATA: 09/02/2019 HORÁRIO:

ITEM: PRESCRIÇÃO

1: DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS SND

2: AVP SND

4: OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9: DIFIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10: TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12: SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13: CURATIVO DIÁRIO

14: SSVV + CCGG 6/8 H

15: DEXTRO 6/6HRS

16: AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE

17: CEFEPIME 1G EV 8/8HRS

18:

19:

20:

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	117/70	77	19	36.1
18 H	130/90	91	18	35.7
24 H	125/80	80	20	36.2

Dr Odirachi Okemir
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Cmt 1851-RR

06.02.2019 127/76 74 18 35.8

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



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

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotenso	<input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico
			BC: _____	PA: _____	Pulso: _____

PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midríaticas	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NFI
<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	Admissão da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
			Evacuações: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Melena
			Flatos: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	

REGULAÇÃO TÉRMICA			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpânico
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia			Ruidos Hidroaélicos: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
			Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ED: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

CARACTERÍSTICAS DA PELE			SISTEMA URINÁRIO/ADURESE		
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hiperacorada	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Hematúria
<input type="checkbox"/> Acianótica	<input type="checkbox"/> Edema Local				<input type="checkbox"/> Uropen

Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Região: _____	FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

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

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

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



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -



HGR

Paciente:

João Teodoro dos Santos

Data: 09/02/19

Leito: 108-3

Localização		Região: M.I.E.		Região:
Etiologia	Grau: I () II () () LPF I II III IV 2* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra (X) Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Outro:			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% (X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima A. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 249709 Rozângela Miguel Decodone Téc. Enfermeira COREN-RR 620 783			
Observações:				

408 3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS					
AGNOSTIC FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA	10/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS				5:00
2	AVP				SV
4	OMÉPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SV
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SV
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SV
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N				SV
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SV
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				M
13	CURATIVO DIÁRIO				Polme
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	DEXTRO 6/6HRS				12:16 23-06
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE				24-06
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS				
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

* 05 12h
Dextro = 96 mg

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	129/81	71	S/R	36,3
18 H	132/80	59	S/R	36,2
24 H	128/79	80		36,6

Dr. Odinechi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

dextro 23 L 55
06 L 78

Dr. O. Okemiri
CRM 1851-RR

10/02/19



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -



Paciente:

HGR

Leito:

408-3

Data: 10/2/19

Localização		Região: M.I.E.		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> ULP I II III IV 2ª <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> 3X	<input type="checkbox"/> ULP I II III IV 2ª <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> P. P. <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> P. P. <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> P. P. <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> P. P. <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogei <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogei <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogei <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogei <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Marcos Vinícius Mendes Fisioterapeuta	Guilherme Fisioterapeuta		
Observações:				



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		15/01/2019		DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS						
AGNÓSTICA FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA	11/02/2019	
60		408-3				
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS					5x0
2	AVP					mont
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					
7	TENOXICAM 40.MG EV 01 X DIA S/N					
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N					
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
11	CAPTOPRIL 25.mg VO SE PA5 > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
13	CURATIVO DIÁRIO					
14	SSVV + CCGG 6/6 H					
15	DEXTRO 6/6HRS					
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE					
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS					
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					INS. RG. 19. 2 unid

EVOLUÇÃO MÉDICA:

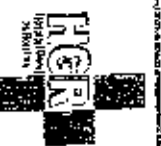
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	115/80	FC 80	FR 14	36°C
12 H	120/80	90	20	36
18 H	130/98	73	20	36.6°C
24 H	131/89	80	19	36°C

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7 as 13 h foi adm -
 medicacao de horario
 + 95 VU - Ana ma
 03:00h - DEXTRO = 150 mg/dl
 06:00h - DEXTRO = 147 mg/dl

13 as 13h, adm. med
 com e de honar
 + SU
 2
 162684



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HGR

Leito:

Toão Teodoro dos Santos

Data: 11/02/2019

Localização



Região:

MTE



Região:

Etiologia

() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácio () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

() Normal () Maceração () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Normal () Maceração () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosossanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

(X) Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 () Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Renata Silva Rodrigues
Aux. de Enfermagem
CRP 446.275

Adonilde Vieira Araújo
Técnica de Enfermagem
COREN-PR 502.957/E

Observações:

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

41083

DATA DE ADMISSÃO	15/01/2019	DIH	DN	15/06/1958
PACIENTE	JOAO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	60	LEITO	408-3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS			
2	AVP			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	DEXTRO 6/6HRS			
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE			
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS			
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia CRM 4851-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/70	82	20	
18 H	130/70	81	20	
24 H	115/60	83	18	



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

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

SISTEMA NEURÓLOGO <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage PUPILAS <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mídicas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia CARACTERÍSTICAS DA PELE <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema local Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico RC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____ ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOF <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Glóboso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruidos hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Deglutição <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	



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

HER

4083

DATA DE ADMISSÃO 15/01/2019 DIH DN 15/06/1958
PACIENTE JOAO TEODORO DOS SANTOS
AGNÓSTICO FRATURA LUXACAO TORNOZELO ESQUERDO
ALERGIAS HAS DM2
IDADE 60 LEITO 408-3 DATA 13/02/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS E HIPERTENSOS	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV. 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
7	TENOXICAM 40 MG EV. 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV. 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV. DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIARIO	
14	SSV 200CGG 6/6 H	
15	DEXTRO 6/6HRS	
16	AMITRIPTILINA 25MG 1 CP VO NA NOITE	
17	CEFEPIME 1G EV 8/8HRS	
18		
19		
20	SE DIABETICO CORRECAO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI 351-400 8UI; 401-450 10UI E OU GLICOSE > 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV. AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	TA	TR
6 H	100/60	70	18	120	2
12 H	100/60	70	18	120	2
18 H					
24 H					

Dr. Osmachi Osmir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

66-840V8U
PS-88R8U
TR-3621



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

Leito: 408-3

Data: 23/02/19

Localização



Região: MLE



Região:

Etiologia

() LPP I II III IV 7º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Grau: I () II (X)

() LPP I II III IV 7º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Grau: I () II (X)

() LPP I II III IV 7º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Grau: I () II (X)

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra (X) Esfaco O Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Negra () Esfaco (X) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perifereira

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Seroso sanguineo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso sanguineo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

() Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hifrogel
() Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hifrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Bruno S. Pereira
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 629 703Rozângela Miguel Decóro
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 629 703

Observações:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Jão Teodoro do Santos

CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 13 de fevereiro de 2019.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES – ESCALA DE FUGULIN

HOME:

FD: 1100000000

DATA:

SEKO: $\bigcup M(\bigcup F)$. BLOCO:

ÁREA DE CUIDADO

GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

ÁREA DE CUIDADO		GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				SOMATÓRIO
	4	3	2	1		
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	11	
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio		
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 3 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle de rotina (intervalos de 6 horas)		11
Mobilidade	Incapaz de movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade em movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais		
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante		13
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente		
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral, realizados pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e /ou na higiene oral	Autossuficiente	12	
Eliminações	Evacuações no leito e usa de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente		
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas	E.V contínua ou através de SNG/SNE	E.V intermitente	IM ou V. O	12	
TOTAL:						

Classificação

Assinatura e carimbo do profissional:

Antônio Aguilar Coutinho
Enteimeiro
14.731 COPEN - AM

6

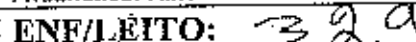
Complexidade Assistencial	1ª natureza
Intensivo	Ação de 31

05/15/2017-11:58

1. *U. l.*

[illegible]

1
2
3
4
5
6

151

NOME:

Santos, Roberto dos Santos

HD

DATA:

29/02/19

SEXO: M () F

IDADE

329

PESO

329

KG

LEITO

329

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS

CATERE CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERE PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____

DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____ DATA: _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PEÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRMAS () OBTURADAS

OBS: _____

LESÕES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILÍBRIO

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QÜEDAS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABEÇEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VIAS /TÓI _____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUNIA A PARTIR DAS _____ H

() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRÇÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO _____ H

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

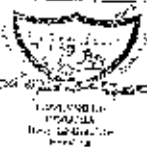
() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

[illegible]



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	23/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mantido
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14/2/96
4	TILAFIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				2U
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				2U
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				2U
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				2U
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				2U
10	SSVV + CCGG 6/6 H				2U
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				2U
14	CURATIVO DIÁRIO				2U
15	DEXTRO 6/6HS				2U
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				2U
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI./ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.				

VOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

SINAIS VITAIS	PA - FC	T - E/D
6 H	100/70 72	36.0 - +
12 H		
18 H	140x90 89	36.0 + +
24 H	160x90 70	36.0 + +

Dr. Pedro Di Giovanni
Médico Residente em
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 15777 RQE 684

Dextro 273 as 12hs.
feito 2UI

Dextro
as 18hs
264/2UI feito

NOME:

DATA: 23/04/19 SEXO: () M () F IDADE: PESO: KG. LEITO: HD

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL

SIM () NÃO ()

LOCAL

DATA

CATETER PERIFÉRICO

SIM () NÃO ()

LOCAL

DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()

DATA:

LOCAL

DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()

DATA:

LOCAL

DATA:

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO ()

DATA:

LOCAL

DATA:

DRENOS: SIM () NÃO ()

QUAL?

DATA:

LOCAL

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ÚTERO POR PRESSÃO: SIM () NÃO ()

LOCAL

DATA:

LOCAL

CABEÇA, PESCOÇO / NÍVEL DE CONSCIENTIA

GRAU I () GRAU II () GRAU III

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO DE PULSAÇÕES:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMA () HIPERTERMA () HIPOTERMA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLEPORME

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

RUJAS: () AUSENTES () PRESENTES

ABDOMEN: () FLEXO () DISTENDIDO () TÍFICO () AGUDO () VMS PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES: () NORMAIS () ANORMAIS

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ADRENAL: () NORMAL () ANORMAL

ANOTAÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA	MANHÃ:	DATA / / HORA
<p>TARDE:</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p> <p>DATA 23/02 HORA 14:20</p> <p>Paciente no leito com fratura luxária do tornozelo (E) mobilizada o curativo pelo manhã. Paciente avaliada a dor e o estado. O paciente apresenta, com diurese e evacuação normal.</p> <p>Sandra R. Silva</p> <p>Enfermeira</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p> <p>DATA 23/02 HORA 14:20</p>		<p>TARDE:</p> <p>ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:</p> <p>DATA 23/02 HORA 18:00</p> <p>Paciente no leito com fratura luxária do tornozelo (E) mobilizada o curativo pelo manhã.</p> <p>Ana Paula</p> <p>Téc. Enfermagem</p> <p>ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:</p> <p>DATA 23/02 HORA 18:00</p>	
<p>NOITE:</p> <p>DATA 23/02 HORA 22:00</p> <p>Paciente no leito com fratura luxária do tornozelo (E) mobilizada o curativo pelo manhã. Paciente avaliada a dor e o estado. O paciente apresenta, com diurese e evacuação normal.</p> <p>Sandra R. Silva</p> <p>Enfermeira</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p> <p>DATA 23/02 HORA 22:00</p>		<p>NOITE:</p> <p>DATA 23/02 HORA 22:00</p> <p>Paciente no leito com fratura luxária do tornozelo (E) mobilizada o curativo pelo manhã. Paciente avaliada a dor e o estado. O paciente apresenta, com diurese e evacuação normal.</p> <p>Sandra R. Silva</p> <p>Enfermeira</p> <p>ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:</p> <p>DATA 23/02 HORA 22:00</p>	



329

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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	329	DATA	24/2/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
ITEM					
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14h - 22h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	FRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Postino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				12h - 18h - 24h
15	DEXTRO 6/6HS				20h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA; FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNÍFICO, LOTE, REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elden Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

Clpct 12hs Dextro 133mg/dl

SINAIS VITAIS	PA	PC	D	E	FR
6 H	136/70	82	-	-	-
12 H	134/69	65	+	+	20
18 H	140/73	82	+	-	-
24 H					

36 MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

DXT ao 18h: 261mg/dl: feito 04 ut de IR.

DXT ao 24h: 53mg/dl

Clpct Dextro 117mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Tiago dos Santos	
DATA: 24/02	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:46h <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	25/02/18
Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. ec. em Enfermagem	01- Elénice SOUSA CORENTIN 042.956.73
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02-
OBS:	OBS:

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convite, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Luciano dos Santos HD Fredine Loução da
 DATA: 24/02/19 SEXO: () M () F IDADE: 329 PESO: 72,9 KG. LETO: 329 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS								
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA					
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA					
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA	DATA						
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA	DATA						
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: <u> </u>								
DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? <u> </u>								
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES								
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- NATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO								
ÚTERO POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u> </u> GRAU () GRAU II () GRAU III								
CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA								
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <u> </u> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO								
PUPILAS: <u> </u> REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA								
ACUIDADE VISUAL: <u> </u> NORMAL () DIMINUIDA								
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <u> </u> PÉRVIAS () OBTURADAS								
HIGIENE BUCAL: <u> </u> FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA								
OBS: <u> </u>								
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO								
EXPANSÃO: () SINTÉTICO () ASSIMÉTRICO								
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO								
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO								
MÚRMUROS VESICULARES: <u> </u> AUSENTES () PRESENTE <u> </u> TOSSE: <u> </u> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO <u> </u>								
RUIDOS ADVENTÍCIOS: <u> </u> AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS								
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS								
UMIDIDADE: () ÚMIDA () DESIDRATADA <u> </u> CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA								
() CIANÓTICA () ACANOTICA () JACOCANOTICA								
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA								
APARELHO CARDIOVASCULAR								
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRÉGULAR ()								
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () ANORMAL () DIMINUIDA								
PULSO PERIFÉRICO: () ARITMICO () ARRITMICO () FILIFORME								
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE								
LOCAL DO PULSO: <u> </u> FREQUÊNCIA: <u> </u>								
APARELHO GASTROINTESTINAL								
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO								
R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES								
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIBRANTE								
ELIMINAÇÃO: () NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA								
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO								
DIAGNÓSTICO: () INFEÇÃO () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () TROCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () DESEQUILIBRADA () INCAPACIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () AUTOSTIMA PERTURBADA () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () PSYDOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA () CONFIORTO PREJUDICADO () DÉFICIT CAMBADO DISTRIBUIÇÃO DE CALOR () DOR								
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM								
() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS								
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS								
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> h								
() MANter MONITORAÇÃO								
() MANter CABEÇA ELEVADA								
() ASPIRAR VIAS /TOT								
() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA								
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS								
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA								
() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS								
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> h								
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES								
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS								
() ATUALIZAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM								
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL								
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA								
() MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u> </u> h								
() REALIZAR DEXTRO <u> </u> HORAS								
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO								
() ORIENTAR AUTOCUIDADO								
() REALIZAR BANHO NO LEITO								
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> h								
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO								
() PREPARAR PARA EXAMES EM:								
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO								
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO								
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA								
ATIVIDADES								

Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Médico

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
<p>Revisita no leito, 48h hipotensão Cresce ao 24h de 55 mg/dl; não foi colimada a medicação que o paciente estava a receber e não foi possível fazer a oximetria.</p> <p>Suzanne R. S. Brito Enfermeira COREN-PR 365.862-ENF</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>Paciente no leito sem acompanhamento médico desde 4h com 55mg de 24h ASD, curativo e medicações e sem uma segue as ordens de enfermagem.</p> <p>Flávia 189 de Paula Téc. em Enfermagem COREN-PR 365.862-ENF</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>NOITE: DATA 24/02 HORA</p>		<p>NOITE: DATA 24/02 HORA</p>	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	



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

329
HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA	28/12/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM F HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	IRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPIRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMM IG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DILXTR 6/6HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
17					SN
18					SN
19					SN
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				SN


EVOLUÇÃO MÉDICA:

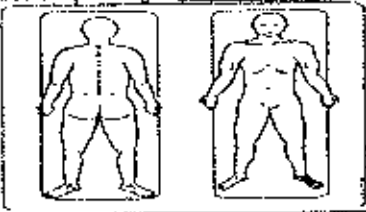

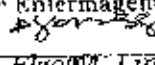
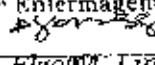
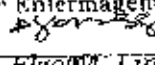
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. LUPNICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	F.R	TAX	D	B	DT
GH	140/80	79	18	36	+	-	82
12 H	130/80	76	18	36	+	+	83
18 H	130/70	75	17	36	+	+	83
24 H	120/70	75	17	36	+	+	144

MÉDICO RESIDENTE FM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 664

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 25.02.19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neoplásica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	Compimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neoplásica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	Compimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,05% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Data Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Curativo e ass. fac. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01.  Enfermagem 02.	01.  Enfermagem 02.	01.  Enfermagem 02.
OBS:		OBS:	

Osteo documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solution's Programs.
 Os pontos de curativo 02 no zôn timer, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO CARLOS

DATA: 25/02/02

SEXO: M () F

IDADE: 38

PESO: 70 KG.

LEITO: 308

HD

* ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTOS 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCO/O: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESBRIANTADO ()

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA ()

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA ()

VIAS AÉREAS SUPERIORES: N PERÍCIAS () O OBSTRUÍDAS () H HIGIENE BUCAL: N FAVORÁVEL () R RAZOÁVEL () P PRECÁRIA ()

TORAX: e pulmões: PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO ()

DOOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO ()

FREQUÊNCIA: 24 EUPNEICO () 20 BRADIPNEICO () 28 DISPNEICO ()

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSES AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO ()

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS ()

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

PELE HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA ()

TEMPERATURA DA PELE: N NORTERMICA () H HIPERTERMICA () H HIPOTERMICA ()

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: N NORMAL () D DIMINUIDA ()

PULSO: () NORMAL () ARITMICO () FILIFORME ()

LOCAL DO PULSO: () NORMAL () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSENTE ()

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: N NORMAL () D DIMINUIDO () A AUMENTADO ()

R.H.A. () AUSENTES () PRESENTE ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPAVEL ()

ELIMINAÇÕES/ÚMIDOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA ()

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE: () ESCONDIDA () EXTRUDADA () SVO () LIBERADA () CONCENTRADA ()

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESOBLIGADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBLIGADA INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGRADADO PREJUDICADO

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 H

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: 12 H

() REALIZAR DEXTRO 1 HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR NÍVELS DE ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS

() OUTROS

Assinatura do Enfermeiro
Carla Maria de Jesus

[illegible]



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	26/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACLSO VENOSO PERIFÉRICO				mont
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				Set 28 0%
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO 12h 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMÉPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				0%
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolima
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				97/02
15	DEXTRO 8/8HS				16 24 08
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI /ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. LUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14828/RR


	P.A	FC	TA	DB	DT
SINAIS VITAIS					
6 H	122x80	78	18	36,2	7 + 51
12 H	120x80	64	18	36,98	7 + 132
18 H					
24 H	103x70	80	18	36,3	7 + 189

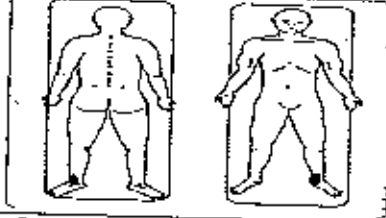
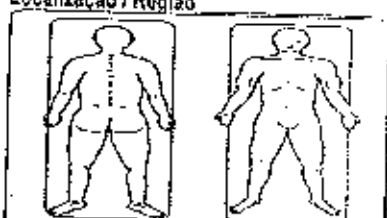
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Rosehay Kharena S. Rodriguez
Téc. Enfermagem
OREN-RR 509.3

Resumo GH - TEF

DT 08h
DT = 184 mg/dl

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 26.02.19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	Condição da pele perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Qualquer direto na ferida)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	Cobertura primária (Qualquer direto na ferida)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:		Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Andréia Gomes Gonzaga 02- Elza M. Lima Enfermeira COREN/RR 365839	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: _____

HD _____

DATA: 26/02/19

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG. _____

LEITO _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____		



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MÚLTIPLAS VESICULAS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRITO () DESNUTRITO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOGOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELEVA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DENTIO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TÍT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIXAS ALÉGICAS
() ATENDER PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERÚSSO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUNO A PARTIR DAS ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ADOÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Realizado no Dala Duração curricular efetiva 60 minutos em 01 encontro sendo 15 minutos de teoria e 45 minutos de prática com o monitor e o aluno, ocorreu boa aula oferecida com boa participação dos alunos.</p>	<p>ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>Realizado SSU/4 DXT (dita de 1 hora e 30 minutos) com a presença de todos os alunos, segue a seguir a descrição de cada um dos assuntos.</p>	<p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>
<p>ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>		



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	329	DATA	27/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			ORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS			SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h			28/06
4	TILATH 20MG EV 12/12h			SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6h SN			SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM			06
9	SIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)			SN
10	SSVV + CCGG 6/6 h			Rol
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			SN
14	CURATIVO DIÁRIO			18h
15	DEXTRO 8/8h			28/06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE			28/06
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX	D	E
8 H	114/74	70	19	36.8	+	-
12 H	120/80	72	19	36.5	+	1
18 H	120/80	SC		36.0		
24 H	130/80	73	20	36.1	+	+

Dr. Pedro
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

24h dentro 206mg/dl 2UI
realizado 2UI insulina
regular

Dr. Pedro De Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 1515 / RQE: 684

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº. I

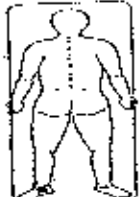
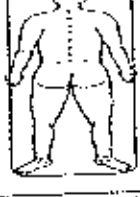
Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Tadeu dos Santos

Localização / Região		Localização / Região	
DATA:		DATA:	
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
tamanho da ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
aparência do leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
quantidade de exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
odor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
remoção da pele perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra: _____	
cobertura primária (contato direto na ferida)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
tempo de curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
data da próxima troca:	28.02.19		
em caso de + de 24hs			
carimbo e ass. Tén. em Enfermagem	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro [Assinatura] 02-		
OBS:	01- 02-		

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: THIAGO S. OLIVEIRA Des. S. Oliveira

HD

DATA: 27/02/2013 SEXO: M (M) F IDADE: 32 PESO: 32 KG. LETO: 32

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) DATA: 27/02



SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () DATA: 27/02

SONDA NASOINTESTINAL: SIM () NÃO (X) DATA: 27/02

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS

VIAS AÉREAS INFERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS

TOXAS E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

(X) HÍDRATA () ÚMIDA () DESHÍDRATA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () JACINÓTICA () JACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES

ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/INTIMIDADES/EPISÓDIOS: () INDRMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () AMPIDUA () CONCENTRADA

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

(X) AUSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

(X) RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

(X) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

(X) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() REGULÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO

() OUTROS:

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 12 H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(X) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

(X) MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 12 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

ELIMINAÇÕES:

(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

GRAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: 12 H

() REALIZAR DEXTRO 12 / 12 HOROS

(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

(X) ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 12 H

(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A

ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

COPIAR PARA: 12 H

COPIAR PARA: 12 H

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA

HORA

MANHÃ:

O paciente está em boas condições, sem
queixas de dor, náusea, vômito, diarreia
ou febre. Sem desconforto, oito dias
de pós-operatório. Nome: RODRIGO VILAR
Idade: 36 anos

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

TARDE:

NOME:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA

HORA

MANHÃ:

Paciente em repouso, sem
queixas de dor, náusea, vômito, diarreia
ou febre. Sem desconforto, oito dias
de pós-operatório. Nome: RODRIGO VILAR
Idade: 36 anos

ASS. E CARIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:

TARDE:

14:30 Realizado a troca A.V.P. com a 22
10% Percent. base do Udo.

NOME:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:

Realizado exame Vital
moderado e bem. Sem
queixas no momento.

ASS. E CARIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	329	DATA	28/2/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS			5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			mesa
3	CELEPIME 1G EV 8/8H			12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENS			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM			06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
10	SSVV + CCGG 6/6 11			Alma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			SN
14	CURATIVO DIÁRIO			38 38 06 42
15	DEXTRO 6/6HS			20
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE			
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA, EUPNEICO, LOTE, REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX	D	E	DT
6 H	110x70	66	19	36,2	+	-	170mmHg
12 H	110x80	71	18	36,4	+	+	170mmHg
18 H	130x80	69	18	36,2	+	+	
24 H	110x80	68	19	36,2	+	+	

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
R. 1815 / F. 02 - 611

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

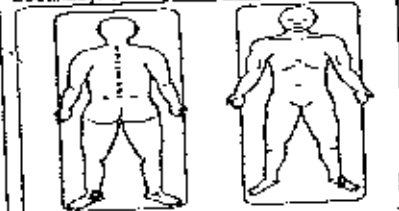
Nome: José Teodoro dos Santos

DATA: 28.02.19

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

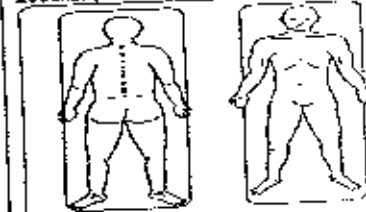


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☒ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal:

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Andréa Gomes Gonzaga
Enfermeira

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Andréa Gomes Gonzaga
Enfermeira
COREN/RR 366839

Obs:

Obs:



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO JOSE ROCHA DOS SANTOS HD 325 • ALÉRGICO?

DATA: 28/02/23 SEXO: M () F IDADE: PESO: KG. LEITO: 325

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			LESÕES	
CATER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA	

CATER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL	DATA	22/02
------------------	---	-------	------	-------

SONDA VESICAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:		
---------------	---	-------	--	--

SONDA NASOGÁSTRICA	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	DATA:		
--------------------	---	-------	--	--

SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA:		
-------------------	---	-------	--	--

DRENOS?	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?		
---------	---	-------	--	--

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
--------------------------	--	--	--	--

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- PRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				
--	--	--	--	--

ÚLCERA POR PRESSÃO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL		
--------------------	---	-------	--	--

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
--------------------------------------	--	--	--	--

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO			
----------------------	---	--	--	--

PUPILAS	() REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA			
---------	--	--	--	--

ACUIDADE VISUAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA			
-----------------	--	--	--	--

VIAS AÉREAS SUPERIORES	<input checked="" type="checkbox"/> PÉLVICAS () OBTURADAS			
------------------------	--	--	--	--

HIGIENE BUCAL	<input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () PRECÁRIA			
---------------	--	--	--	--

OBS:				
------	--	--	--	--

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
--------------------------------------	--	--	--	--

EXPANSÃO	() SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
----------	-------------------------------	--	--	--

DOOR INSPIRATORIA	() SIM () NÃO			
-------------------	-----------------	--	--	--



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INJEÇÃO	
----------------------	--

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	
----------------------------------	--

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	
---	--

() TROCA GASOSA PREJUDICADA	
------------------------------	--

() ANSIEDADE	
---------------	--

() MEDO	
----------	--

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	
----------------------------	--

() RISCO PARA NUTRIÇÃO	
-------------------------	--

() Desequilíbrio	
-------------------	--

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	
------------------------------------	--

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	
------------------------------------	--

TERAPÊUTICO	
-------------	--

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	
--	--

() FADIGA	
------------	--

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	
------------------------------	--

() RISCO PARA Quedas	
-----------------------	--

() RISCO PARA LESÃO	
----------------------	--

() DIARRÉIA	
--------------	--

() CONSTIPAÇÃO	
-----------------	--

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉLVICAS	
----------------------------------	--

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	
--------------------------------	--

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6	
------------------------------------	--

() MANUTER MONITORIZAÇÃO	
---------------------------	--

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA	
-------------------------------	--

() ASPIRAR VAS/ TQT	
----------------------	--

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA	
-------------------------------------	--

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS	
----------------------------------	--

() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA	
-----------------------------------	--

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉLVICOS	
--------------------------------------	--

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE	
----------------------------------	--

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR	
-------------------------------------	--

EUMINACIÕES	
-------------	--

() VERIFICAR E REGISTRAR EDIMAS	
----------------------------------	--

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	
---------------------------------------	--

GAVAGEM	
---------	--

() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL	
----------------------------------	--

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETIVAÇÃO DA	
---	--

DIETA	
-------	--

Elaborado por:
Revisado por:
Data:

MANHÃ:

Realizado exame físico, observando
estado de consciência, pupilas, cor-
teis, guelha, naço de nozes, UG, UG
sem insuflamento, cãibra, sem
função, função, função, função
CORREÇÃO: 28/07/2014

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / / HORA

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / / HORA

NOITE:

MANHÃ:

Realizado exame físico, observando
estado de consciência, pupilas, cor-
teis, guelha, naço de nozes, UG, UG
sem insuflamento, cãibra, sem
função, função, função, função
CORREÇÃO: 28/07/2014

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / / HORA

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / / HORA

NOITE:

Realizado exame físico, observando
estado de consciência, pupilas, cor-
teis, guelha, naço de nozes, UG, UG
sem insuflamento, cãibra, sem
função, função, função, função
CORREÇÃO: 28/07/2014

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:



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

HC

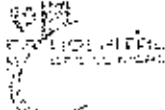
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM?	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	11/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNH
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				FLXO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENS				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolling
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	DEXTRO 6/6HS				
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

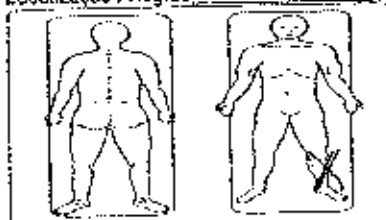
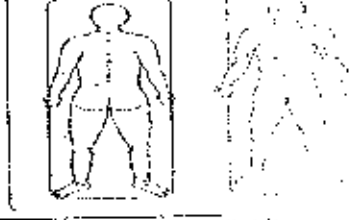
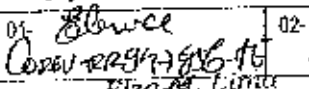
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNÉICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 4651 RQE: 604

SINAIS VITAIS	P.A	FC	ER	TAX	D	FR	DXT	MÉDICO RESIDENTE EM
6 H	130x70	75	38	36°C	+	+	MI	ORTOPEDIA E
12 H	140x90	85	38	36°C	+	+	MI	TRAUMATOLOGIA
18 H	150x90	80	38	36°C	+	+	MI	
24 H	150x90	74	38	36°C	+	+	MI	

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 320		

Nome: João Leoberto dos Santos			
DATA: 02/03/19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma outra: _____		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a unha do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a unha do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Óleo de girassol		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã 10:24 <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs 02/03/19		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs _____	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  Elaine Pereira CRF 112.920/2013		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro _____ _____	
OBS:		OBS:	

Dica: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com II e III ou mais lesões, estes devem ser avaliados separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Jacsono dos Santos

HD

DATA: 01/02/19

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

323

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO () LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X)	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO (X)	DATA	
DRENOS	SIM (X) NÃO () QUAL?	DATA	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO			
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III			
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO			
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			
ACUIDADE VISUAL: NÃO NORMAL () DIMINUIDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: NÃO PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA			
OBS:			
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO			
FREQUÊNCIA: NÃO EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO			
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: NÃO AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () SIBILOS			
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:			
CIBRIATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA			
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () YACROCICANÓTICA			
TEMPERATURA DA PELE: NÃO MORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA			
APARELHO CARDIOVASCULAR			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			
PERFUSÃO PERIFÉRICA: NÃO NORMAL () DIMINUIDA			
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME			
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:			
APARELHO GASTROINTESTINAL			
APETITE: NÃO NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO			
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO			
R.M.A. () AUSENTES () PRESENTES ABOCME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSÃO () MOLE () VIBRAÇÃO PALPÁVEL			
LÍNGUA: () NORMAL () DUREZA () SECUREZA () MALTOSA			
DIAGNÓSTICO			
() RISCO DE INFECÇÃO			
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA			
() TROCA GASOSA PREJUDICADA			
ANSIEDADE			
() MEDO			
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ			
() RISCO PARA NUTRIÇÃO			
DESEQUILÍBRIO			
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA			
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ			
TERAPÊUTICO			
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS			
() FADIGA			
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE			
RISCO PARA QUEDAS			
() RISCO PARA LESÃO			
() AUTOESTIMA PERTURBADA			
() DIARREIA			
() CONSTIPAÇÃO			
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO			
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO			
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA			
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO			
() DOR			
() HIPOTERMIA			
() HIPERTERMIA			
INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA			
() PADRÃO DO SOMO PREJUDICADO			
() DEGRADADO PREJUDICADO			
() CONFORTO PREJUDICADO			
() DÉFICIT CARNÍFICO DIFÍCIL			
() OUTROS			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS			
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS			
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 2/6 H			
() MANter MONITORIZAÇÃO			
() MANter CABECEIRA ELEVADA			
() ASPIRAR VAS /TOT			
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA			
() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS			
() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS			
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H			
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES			
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS			
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM			
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL			
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA			
() MANter JEJUM A PARTIR DAS: H			
() REALIZAR DEXTRO / HORAS			
() ORIENTAR AUTO CUIDADO			
() REALIZAR BANHO NO LEITO			
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H			
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO			
() PREPARAR PARA EXAMES EM:			
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO			
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO			
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA			
() OUTROS			

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Realizada a visita, onde foi observado o estado geral do paciente, bem como a evolução da doença. O paciente encontra-se bem, com boa evolução. Sem alterações significativas. Sem alterações de peso e pressão arterial. Sem alterações de temperatura.</p> <p>Ass. E. CARIMBO - ENFERMEIRO</p>	<p>DATA / HORA</p>	<p>Realizado a visita e observada a evolução do paciente. O paciente encontra-se bem, com boa evolução. Sem alterações significativas. Sem alterações de peso e pressão arterial. Sem alterações de temperatura.</p> <p>Ass. E. CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</p>	<p>DATA / HORA</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E. CARIMBO - ENFERMEIRO</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E. CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E. CARIMBO - ENFERMEIRO</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p>	<p>ASS. E. CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM</p>

ASS. E. CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E. CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CURCUPUR 1251536 JE

Moira de Souza Santos
Técnica de enfermagem



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
DATA	2/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	14.08.06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	NN.
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	NN.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	NN.
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	NN.
10	SSVV + CCGG 6/6 H	NN.
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	NN.
14	CURATIVO DIÁRIO	NN.
15	DEXTRO 8/8HS ACABOU A FITA	NN.
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	NN.
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

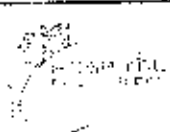
EVOLUÇÃO MÉDICA:

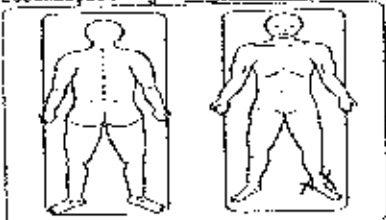
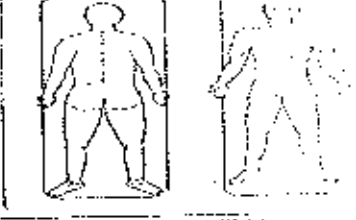
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA.
EUPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS	T	R	D	E
6 H	118x76	76	36.3°	36°
12 H	120x80	80	36.3°	20
18 H	118x100	87	36.8°	20
24 H	140x90	71	36.5°	20

Dr. Elton Costa da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 63112

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329 33		

NOME: <u>Sra. Tereza dos Santos</u>			
DATA: _____ GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: _____ GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escarcó <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcó <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Olfato: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Olfato: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Hora da Próxima troca: Em caso de 4 de 24hs		Hora da Próxima troca: Em caso de 4 de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

NOME: JOÃO PEDRO DO CARMO DO CARMO HD 324 ALÉRGICO ?

DATA: 02/03/19 SEXO: () M () F IDADE: PESO: KG: LETO:

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA:

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL?

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () I GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓLICAS () ANISOCÓLICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

OB:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO

RÚMOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÚMOS () ESTERTORES () SÍRILLOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CÍANÓTICA () HIPOCORRÓDICA () RUBORIZADA () ICTERICIA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INEÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILÍBRIO

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() ALTO RISCO PARA LESÃO

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INESTABILIDADE DA PULSAÇÃO PREJUDICADA

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE H

() MANUTER MONITORAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /TQT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIMAS ALGICAS

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE H

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GASTROEN

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: H

() REALIZAR DEXTRO HORAS

() ENCAMINHAR AO BACHO DE ASPERSSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EX:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGIS- TAA INTELIGÊNCIA

() ATIVIDADE FÍSICA

() TOQUES

MANHÃ

COLÉGIO COLÍMIA
DATA: / / HORA: :

MANHÃ

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DATA: / / HORA: :

atendimento realizado na função de
atendimento, com 15 min. idêntica por
com a sua filha na presença

Ass. e Carimbo - Téc. Enfermagem
[Assinatura] [Carimbo]

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

TARDE:

DATA: / / HORA: :

sem afazeres, em 03 administrados
em 18h, mantendo o mesmo na PA com
febre em 10.

Ass. e Carimbo - Téc. Enfermagem
[Assinatura] [Carimbo]

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA: / / HORA: :

03:15 -> possível para apresentar alterações
com no quadro, mantendo o mesmo
presença

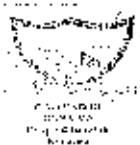
[Assinatura]

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA: / / HORA: :



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	3/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				22h 06h
4	TIATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				S/N
6	PARAL 100mg 1 SE 0,9% EV 00 03 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 16 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTORIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				Atenção
14	CURATIVO DIÁRIO				NA
15	DEXTRO 8/8HS				10h 21h 08h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACETANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA.
JIPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SOLICITO EX. TORNOZELO (C).

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

DATAIS VITAIS	PA	FC	FR	TA	D	E	DT
08 H	100x70	73	18	132	F	0	
12 H	100x70	70	17	132	F	0	
16 H	100x80	78	18	136	F	0	
24 H	100x76	76	18	136	F	0	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

o Redigido foca suplicio v24 fluindo bem.
medicacões diurno utilizadas com êxito

Kallioberg + Clonazepam



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - ICC

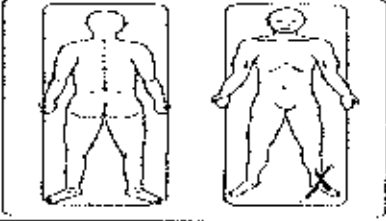

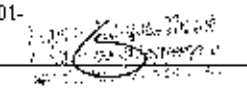
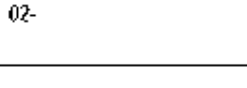
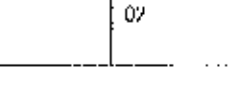

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2012

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Uor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Uor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária: (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	Cobertura primária: (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>04/03/13</u>	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02- 	01- 
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			02- 
OBS:			OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convivê, Solution's Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA / HORA

MANHÃ: DATA / HORA

ACÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

16:00 h 36 mg de oxigenado por via
a corrente e a diálise para a 21.00 h 23.
a glomerular e a 21.00 h 23.



TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

TARDE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

NOITE: DATA / HORA ASS. E CARIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:

Realizado os cuidados de su
perfundir a medicação
a 21.00 h 23.
43.24.10

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO-TÉC. ENFERMAGEM:

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

329

HC

DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS							
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNZELO ESQUERDO							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
UNDE		LEITO	22	DATA	4/3/2019			
PRESCRIÇÃO						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS						5am	
2	ACÉSSO VENOSO PERIFÉRICO						manhã	
3	CELEPIME 1G EV 8/8h						20:06	
4	TILATIL 20MG EV 12/12h						SUSPENS	
5	DIPIRONA 2G EV 6/6h SN						SN	
6	PARAL 100mg + SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA						SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM						ob	
9	SIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 h						Rabona	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG						SN	
14	CURATIVO DIÁRIO						m	
15	DEXTRO 8/8HS						20:06	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE						20:06	
17								
18								
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 mg/dL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA.
EUPNEICO, EDE, BGL.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1928/RB

SIGLA VITAL	PA	FC	FR	TA	D	E
12 H	130x80	86	20	130	+	+
13 H	130x80	73	18	136	+	+
24 H	120x80	79	18	136	+	+

Dextro 08:00 = 14mg/dl
recurso a glicose

Dextro 09:00 = 14mg/dl

32-110-24-130-130-130-130

Dextro - 08 h -> 57 mg/dl -> paciente recusa glicose, vai

fazer alimentação, sem alteração

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RJ

NOME: JOÃO PEDRO DOS SANTOS ID: 110

DATA: 04/03/15 SEXO: M () F IDADE: 32 PESO: 70 KG. LEITO: 328 ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL: <u>_____</u> DATA: <u>04/03</u>		() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO () LOCAL: <u>_____</u> DATA: <u>04/03</u>		() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X) DATA: <u>04/03</u>		() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6</u> / <u>6</u> H
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO (X) DATA: <u>04/03</u>		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOENTRAL	SIM () NÃO (X) DATA: <u>04/03</u>		(X) ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
DRENOS?	SIM () NÃO (X) QUAL? <u>_____</u>		() MEDO	() ASPIRAR VAS /TDT
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			() INFENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- EMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	(X) ATENTAR PARA CÂULSES E VÔMITOS
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: <u>_____</u> GRAU I () GRAU II () GRAU III			(X) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			() RISCO PARA A ATIVIDADE	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO			(X) MODALIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			() RISCO PARA CUELDAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA			() RISCO PARA LESÃO	() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: <u>_____</u> H
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS			() DIARREIA	() REALIZAR DEXTRO <u>_____</u> HORAS
HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () PRECÁRIA			() CONSTIPAÇÃO	(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
OBS: <u>_____</u>			() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	(X) ORIENTAR AUTOCUIDADO
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO			() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LETO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>_____</u> H
FREQÜÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES			() RISCO PARA LESÃO	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS			() RISCO PARA LESÃO	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS			() RISCO PARA LESÃO	() OBSERVAR E REGISTRAR INDICÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
(X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA			() RISCO PARA LESÃO	() OUTROS
() CÂNOTICA () ACANOTICA () JACROCANOTICA			() RISCO PARA LESÃO	
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA			() RISCO PARA LESÃO	
APARELHO CARDIOVASCULAR			() RISCO PARA LESÃO	
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERPUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA			() RISCO PARA LESÃO	
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME			() RISCO PARA LESÃO	
PULSO: () NORMAL/CAROTÍDEO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			() RISCO PARA LESÃO	
LOCAL DO PULSO: <u>_____</u>			() RISCO PARA LESÃO	
APARELHO GASTROINTESTINAL			() RISCO PARA LESÃO	
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE			() RISCO PARA LESÃO	
RUA E LÂNGUIDO: () PRESENTES ABDOMIN: () FLÁ DO () DISTENDIDO () TÊNDO () AÚDIDO () VIBG PALPÁVEL			() RISCO PARA LESÃO	
() MANOCTO () INTERCÂMBIO () TÓRAX () TÓRAX () TÓRAX () TÓRAX			() RISCO PARA LESÃO	
(X) DISTENÇÃO GÁSTRICA () DISTENÇÃO GÁSTRICA			() RISCO PARA LESÃO	

Assinado por: João Pedro dos Santos
Coordenador de Enfermagem

Paciente acordou, orientado, verbal, eufórico
 nomeando, com o nome do seu pai, seu
 sem alteração de humor, não há mais
 alteração de humor, não há mais
 função fisiológicas mantidas.

Elza M. Lima
 Enfermeira
 CORENRS 366.852-EM

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA: 07/05/2013 HORA: 11h

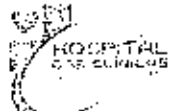
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 07/05/2013 HORA: 13:00

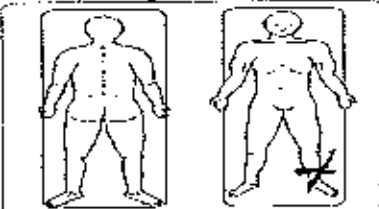
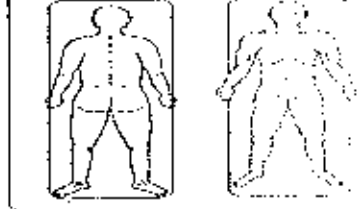
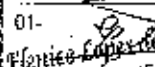
Paciente no leito, com postura de
 deambulação, sem alteração de
 no estado de saúde, com sinais e
 sintomas mantidos.

Suellen R. Silva
 Enfermeira
 CORENRS 366.852-EM

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 07/05/2013 HORA: 13:00

Paciente no leito, com postura de
 deambulação, sem alteração de
 no estado de saúde, com sinais e
 sintomas mantidos.

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENT/LEITO: <u>329</u>		

Nome: <u>João Tendo das Santos</u>				
DATA: <u>04/03/19</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> sem esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a boca do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a boca do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Colado direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:35</u> <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Um caso de + de 24hs	<u>05/03/19</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  Elza B. Lima COREN/RR 356830	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	COREN/RR 356830			
OBS:			OBS:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 62 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	5/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14-22-24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100mg+SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				16-24-26
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				26
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA.
EUPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

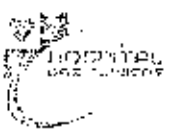
Dr. Eder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1872/RR

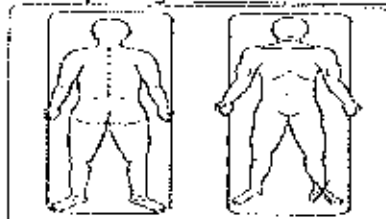

SINAIS VITAIS	PA	PC	Q	Temp
6 H	119x75	66	89	36.0°C
12 H	13x80	77	89	36.3°C
18 H	140x90	70	89	36.5°C
24 H	131x88	75		

Dextro = 253mg/24h

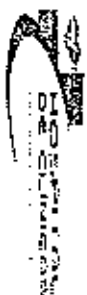
DXT = 083mg/24h

17% Dextro 253mg/dl corrigido 4/4 ml/dl

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos				
DATA: 05/03/19	Localização / Região		DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:45 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
data da próxima troca:	06/03/19			
Em caso de + de 24hs				
Carimbo e ass. féc. em Enfermagem	01- [Assinatura]	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:			OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CommTec. Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Cláudio Roberto dos Santos HD _____

DATA: 05.03.19 SEXO: M IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL: <u>AS</u>	DATA: <u>04/03</u>
SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____		

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA: _____
DRENOS? SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL? _____
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO	ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: <u>torço</u> <u>116</u> GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> REAGENTE () NÃO REAGENTE <input checked="" type="checkbox"/> ISÓCORICAS () ANISÓCORICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDA	ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS () OBTURADAS	HIGIENE BUCAL: <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL () RAZIVÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____	

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO	
EXPANSÃO: <input checked="" type="checkbox"/> SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO	DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPLENÉ () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO	MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSIC: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS	

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:	
<input checked="" type="checkbox"/> CIRCULADA () LÍMIDA () DESIDRATADA <input checked="" type="checkbox"/> CIRCULADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA	<input checked="" type="checkbox"/> CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA	

APARELHO CARDIOVASCULAR	
ARTO CARDÍACO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () IRREGULAR ()	PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDA
RISCO PERIFÉRICO: <input checked="" type="checkbox"/> RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME	PULSO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: <u>torço</u>	FREQUÊNCIA: <u>73 bpm</u>

APARELHO GASTROINTESTINAL	
ARTO GASTROINTESTINAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () ANORMAL ()	ESTADO NUTRICIONAL: <input checked="" type="checkbox"/> SATISFATÓRIO () INSUFICIENTE
ARTO GASTROINTESTINAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () ANORMAL ()	ARTO GASTROINTESTINAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () ANORMAL ()

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
-------------	--------------------------

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
<input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6</u> / <u>6</u> H
<input checked="" type="checkbox"/> TROCA GÁSOSA PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE	<input checked="" type="checkbox"/> MANTER CASECIRA ELEVADA
<input checked="" type="checkbox"/> MEDO	<input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS /TQT _____
<input checked="" type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ	<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
<input checked="" type="checkbox"/> Desequilíbrio	<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
<input checked="" type="checkbox"/> TERAPÊUTICO	<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
<input checked="" type="checkbox"/> DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
<input checked="" type="checkbox"/> FADIGA	<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
<input checked="" type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas	<input checked="" type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPTAÇÃO DA DIETA
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO	<input checked="" type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ A
<input checked="" type="checkbox"/> AUTOESTIMA PERTURBADA	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DEIXO _____ / _____ HORAS
<input checked="" type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
<input checked="" type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO
<input checked="" type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
<input checked="" type="checkbox"/> DOR	<input checked="" type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> HIPOTERMIA	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE E REGISTAR INTERFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> INERTIA	<input checked="" type="checkbox"/> OUVIR
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	
<input checked="" type="checkbox"/> FADIGA DO VÍCIO RESPIRATÓRIO	
<input checked="" type="checkbox"/> DEFICIT DO CUIDADO	

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas	<input checked="" type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ A
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DEIXO _____ / _____ HORAS
<input checked="" type="checkbox"/> AUTOESTIMA PERTURBADA	<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
<input checked="" type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO
<input checked="" type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
<input checked="" type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO	<input checked="" type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM:
<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> DOR	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE E REGISTAR INTERFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> HIPOTERMIA	<input checked="" type="checkbox"/> OUVIR
<input checked="" type="checkbox"/> INERTIA	
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	
<input checked="" type="checkbox"/> FADIGA DO VÍCIO RESPIRATÓRIO	
<input checked="" type="checkbox"/> DEFICIT DO CUIDADO	



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	01/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM L IAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CLIFEPIME 1G EV 8/8H				13/06
4	ILATIL 20MG EV 12/12H				INSULINA
5	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN				SN
6	PRAMOL 100mg + SE 0.9% EV OU OL CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	FLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CIEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMILICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rodriguez
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				16/08
13	DLX 1RO 8/8HS				20
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DI/MG, GLICOSE > 60% 40 MG EV + AVISAR PLANTONISTIA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSOE OU
DIARRÉIA, SUPNEICO, LOIL, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E
8H	131x93	74	36.3°C	+	+
12H	131x90	80	36.6	+	+
16H	130x90	88	36.6	+	+
20H	142x88	71	36.3°C	+	+

Dr. Teodoro dos Santos
Médico Ortopedista
CRM 297.522/1E

16.45 DELTA 187 mg/dl

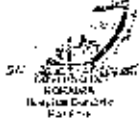
18.45 DESTRO - 196 mg/dl

Dr. Teodoro dos Santos Lima
Médico Ortopedista
CRM 297.522/1E

Enferm
ENFERM

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA/HORA	MANHÃ:	DATA/HORA
<p>Socialmente, paciente ausente, objetivo, eufórico, com bom humor, nega dor no tórax e membros, deixando para outro dia a avaliação médica.</p> <p>Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i> COREN/RN: <i>[Número]</i></p>	<p>06/04/2011 11h</p>	<p>Paciente vivo e medicado corretamente, sem queixa atual e incontinente.</p> <p>Assistente: <i>[Assinatura]</i> COREN/RN: <i>[Número]</i></p>	<p>06/04/2011 11h</p>
<p>TARDE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>
<p>NOITE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA: / HORA: </p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DR	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	7/25/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5AM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				montar
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				18:00
4	TILATIL 20MG LV 12/12h				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6h SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% LV OU 01 CP VO DE 8/8h SI DOH INTER				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rodina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14
15	DEXTRO 6/6HS				18:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				06
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEM. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

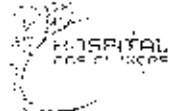
12	211 mg/dl	02US
18	342 mg/dl	
24		
06		

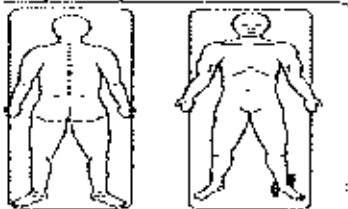
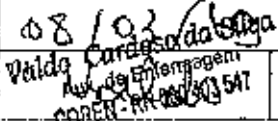
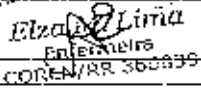
glicose 8h	82 mg/dl		
SINAIS VITAIS			
6 H	130/90	73	36.1
12 H	120/80	87	36.8C
18 H	130/90	72	36.6C
24 H	140/70	68	36.5C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

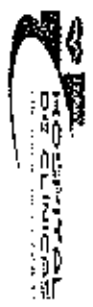
Dr. Pedro Henrique
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1016

DEXTO 206 mg/dl - Alexsandro Rodrigues

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro	
DATA: 07/03/19	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: <u>Diabete</u>
Exatidão da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Cor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (colado direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:20 <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: (em caso de + de 24hs)	08/03/2019
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01-  02-
OBS:	

Obs.: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 O- pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sofia Rosa dos Santos HD _____
DATA: 07/04/13 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 323 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL	DATA		
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL	DATA <u>03/04</u>		
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA			
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA			
SONDA NASOENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	DATA			
DRENOS?	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAL?			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()					
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO					
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					
ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					
VIAS AERÉAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVIAS () OBTURADAS					
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> RAZOÁVEL () PRECÁRIA					
OBS: _____					
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATORIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPLENTO () TAQUIPNEICO () ORADIPNEICO () DISPNEICO					
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE					
TOSSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____					
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNICOS () SIBILOS					
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:					
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROC ARÓTICA					
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMIKA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA					
APARELHO CARDIOVASCULAR					
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					
PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDA					
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FULGURANTE					
PULSO: () NORMOCARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO					
ERREGO NUTRICIONAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL					
EVALUAÇÃO DE INGESTÃO: () DISTINTO () DIFÍCIL () NÃO POSSÍVEL					
EVALUAÇÃO DE DEFECAÇÃO: () NORMAL () DIFÍCIL () NÃO POSSÍVEL					

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INFECÇÃO	() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6</u> / <u>6</u> H
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
() MEDO	() ASPIRAR VAS /TDT _____
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ATENDER PARA QUEIXAS ALGÍDICAS
DESEQUILIBRADA	<input checked="" type="checkbox"/> ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PERÍFICOS
IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PERÍFICOS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ / _____ H
TERAPÊUTICO	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() DESORIENTAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() FADIGA	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() RISCO PARA LESÃO	() MANTER JEJUN A PARTIR DAS: _____ H
() AUTODESTIMA PERTURBADA	<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() DIARREIA	<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() CONSTIPAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR HIGIENE DE COPORETO
() DOR	() ESTIMULAR DEAMBULATÓRIO
() FROTTERIA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() H PESTERMA	() OUTROS: _____
<input checked="" type="checkbox"/> INEFICÁCIA DA PELE PREJUDICADA	
() PADRÃO DE SONO PREJUDICADO	
() IMOBILIDADE PREJUDICADA	
() COMPORTAMENTO PREJUDICADO	
() INEFICÁCIA DA VENTILAÇÃO	

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA 07/12/2013 HORA 10:00

Paciente está com melhor estado geral. Sem queixas de dor, náusea e vômito. Refere boa aceitação da dieta e com o tratamento sem intercorrências. Sem alterações nas mucosas.

TARDE:

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

DATA / HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 07/12/2013 HORA 08:00

Paciente está com melhor estado geral. Sem queixas de dor, náusea e vômito. Refere boa aceitação da dieta e com o tratamento sem intercorrências. Sem alterações nas mucosas.

TARDE:

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA / HORA

Paciente está com melhor estado geral. Sem queixas de dor, náusea e vômito. Refere boa aceitação da dieta e com o tratamento sem intercorrências. Sem alterações nas mucosas.

Ass. E Carimbo: Técnico Enfermagem
Data 07/12/2013 HORA 08:00

NOITE:

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA 07/12/2013 HORA 08:00

Paciente está com melhor estado geral. Sem queixas de dor, náusea e vômito. Refere boa aceitação da dieta e com o tratamento sem intercorrências. Sem alterações nas mucosas.

Ass. E Carimbo: Técnico Enfermagem
Data 07/12/2013 HORA 08:00

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	28/2/2019
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				3x 8/8h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				3x 12/12h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SUSPENSO
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENS.				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				1x
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				3x
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Manhã
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 6/6HS				
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

DATAIS VITAIS	P.A	F.C	ER	TA	D	E	DT
08H	110x70	66	19	36,2	+	-	
12H	110x80	73	18	36,2	+	+	170mmHg
18H	130x100	69	38	36,2	+	+	
24H	110x80	68	19	36,2	+	+	

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

[Signature]

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
MANHÃ	DATA	HORA	MANHÃ	DATA	HORA
<p>Paciente atendida, recebe curativos sem dor, apresenta boa evolução, não apresenta vômitos ou febre. Sem intercorrências, o que faz com que a paciente permaneça confortável.</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>			<p>Paciente em repouso, com sinais vitais estáveis, sem alterações. Realizado o SIV e imobilização da paciente para o exame de sangue.</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>		
<p>TARDE</p> <p>DATA</p> <p>HORA</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>			<p>TARDE</p> <p>DATA</p> <p>HORA</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>		
<p>NOTA:</p> <p>DATA</p> <p>HORA</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p>			<p>NOTA:</p> <p>DATA</p> <p>HORA</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p>		

SAB-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS PR

NOME: Wagner de Souza SEXO: M () F IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG. LETO: 325 HD: 01

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X) LOCAL	DATA		() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VAS AÉREAS PÉRVIAS		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X) LOCAL	DATA		() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS		
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (X) LOCAL	DATA		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (X) NÃO () LOCAL	DATA		() ANSIEDADE	() MANter MONITORIZAÇÃO		
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO (X) LOCAL	DATA	() MEDO	() MANter CABECEIRA ELEVADA			
DRENOS	SIM (X) NÃO () QUAL?	DATA	() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() ASPIRAR VAS TQT			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA			
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO			() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS			
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL			() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERIÚRSO PERIFÉRICA			
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA			() RISCO PARA A ATIVIDADE	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS			
NÍVEL DE CONSCIENTIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO			() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VAS AÉREAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES			
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			() FADIGA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS			
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA			() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM			
VAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS			() RISCO PARA Quedas	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL			
HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () NAZALVEL () PRECÁRIA			() AUTOTESTIMA PERTURBADA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA			
OBS:			() DIARRÉIA	() MANter JEJUM A PARTIR DAS: _____ H			
TÓRAX - E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO			
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO			() DEFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO			
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO			() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LETO			
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR CURETIVO DIÁRIO			
RUIOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS			() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:			
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:			() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO			
(X) HIBRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICA			() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULACÃO			
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA			() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA			
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA			() REGULAÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS			
APARELHO CARDIOVASCULAR			() DOR				
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO				
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA			() HIPOTERMIA				
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARÍTMICO () FILIFORME			() HIPERTERMIA				
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:			() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO				
APARELHO GASTROINTESTINAL			() REGULAÇÃO PREJUDICADA				
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO			() CONFORTO PREJUDICADO				
R.U.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL			() OBITO CARDÍACO DIMINUIDO				
ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA			() OUTROS:				
APARELHO GENITURINÁRIO/DIVRESA:							
(X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () ÚLTERA () CONCENTRADA							

Assinatura do enfermeiro: _____
Data: _____

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

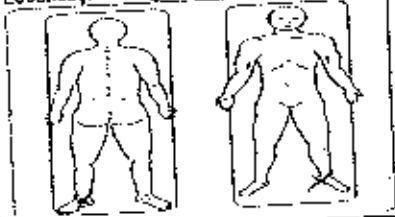
Nome: João Tiago dos Santos

DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região

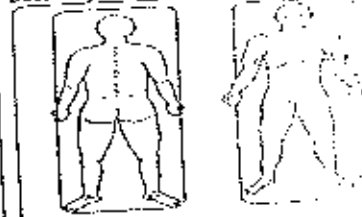


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



etiologia

Tamanho da Ferida:

Aparência do Leito:

Quantidade de Exsudato

Tipo de exsudato:

odor

Caracterização da pele

Condição da pele

Solução para limpeza

Cobertura primária

(se não for direto na lesão)

Data do curativo:

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Coord. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética

☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade _____ cm

☐ Tecido de granulação ☐ com escorço

☒ Tecido necrótico

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco

☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ Seroso ☒ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo

☐ Sim ☒ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira da ferida

☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor

☐ Prurido ☐ Outras

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%

☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

☒ Gaze ☒ Colagenase

☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata

☐ AGE ☐ Outro:

☐ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

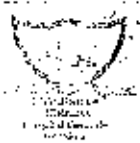
☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

☒ Manhã ☐ Tarde

OBS:



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

HC

DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS							
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE		LEITO	320	DATA	17/3/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO		
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SN		
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SN		
4	FILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENS					SN		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN		
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					SN		
9	SIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN		
10	SSVV + CCGG 6/8 H					SN		
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 mmHg					SN		
12	CURATIVO DIÁRIO					SN		
13	DLXTRO 8/8HS					SN		
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					SN		
15								
16								
17								
18								
19								
20								
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU
DIARRÉIA, PUPNEICO, LOILE, BCG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 6551 RQE: 634

SINAIS VITAIS	P.A.	FC	ER	TAX	D	E	DXT	MÉDICO RESIDENTE LM
6 H	130x70	75	38	36°	+	+	144g/dl	ORTOPEDIA E
12 H	140x90	85	38	36°	+	+	144g/dl	TRAUMATOLOGIA.
18 H	150x90	80	36	36°	+	+	144g/dl	
24 H	130x90	74	37	36°	+	+	166mg/dl	

David M. C. Phipps

Regimen especial de las F. C. orientales
aprobado en la Sesión de 19 de Mayo de 1904
donde se acordó que los señores de la F. C. de
donde se acordó que los señores de la F. C. de
donde se acordó que los señores de la F. C. de

CLASS, E CARIMBO. ENFERMEIRO:
MOAA _____

55. E CARIMBO- ENFETIMERO;
HORA

ASS. L. CARLINO, ENFERMEIRO

CONFIDENTIAL

Revised Student Services
 2019-2020
 10/1/2019

CARIMBA- TEC ENFERMAGEM

Revelado Sincero Valerius &
atualização de movimento
Kunze Karel G. 2000
Acadêmico e ativo aluno

~~ABS. FARMACIA TEC. ENFERMAGEM:~~

28th pet. head sem. given in
water container and available for
equiper the ~~water~~ ^{water}

ASS. E CARIMED. REC ENFERMAGIA:

NOME: João Roberto dos Santos HD _____

DATA: 28/02/15 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS

CATETER CENTRAL: ☐ SIM () ☒ NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____

CATETER PERIFÉRICO: ☐ SIM () ☒ NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____

SONDA VESICAL: ☐ SIM () ☒ NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____

SONDA NASOGÁSTRICA: ☐ SIM () ☒ NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: ☐ SIM () ☒ NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____

DRENOS: ☐ SIM () ☒ NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: ☐ SIM () ☒ NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PERVIAS () OBSTRUIDAS

OBST. _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILÍBRIO

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() AUTOSTÍMIA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() MONITORAÇÃO DA PLE - BRONCITA

() TRANSFERÊNCIA DO DOENTE PARA O LEITO

() TRANSFERÊNCIA PARA O LEITO

() TRANSFERÊNCIA PARA O LEITO

() TRANSFERÊNCIA PARA O LEITO

() TRANSFERÊNCIA PARA O LEITO

() TRANSFERÊNCIA PARA O LEITO

() TRANSFERÊNCIA PARA O LEITO

() TRANSFERÊNCIA PARA O LEITO

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6.6 H

() MANUTER MONITORAÇÃO

() MANUTER CÂNCERA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE H

() OBSERVAR E COMUNICAR E REGISTRAR

ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

GAUAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETIAÇÃO DA

DIETA

() MANUTER JEJUNIA A PARTIR DAS: H

() REALIZAR CENTRO HORAS

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO H

() REALIZAR CURATIVO D'ÁRDO

() PREPARAR PARA EXAMES EM

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR ESPALMULAÇÃO

() FORNECER E REGISTRAR VITOLEXÂNCIA

() ATENDIMENTO

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA

() TRANSFERÊNCIA



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>28.02.13</u>	Localização / Região		DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I			<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosangüíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosangüíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Andréa Gomes Gonzaga</u> <u>Enfermeira</u>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Elisângela Lima</u> <u>Enfermeira</u> COREN/RR 365839		
OBS:	OBS:		

Obs.: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 em mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		329	DATA	2/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				NN.
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				NN.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				NN.
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				NN.
10	SSV + CCGG 6/6 H				NN.
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				NN.
14	CURATIVO DIÁRIO				NN.
15	DEXTRO 8/8HS ACABOU FITA				NN.
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				NN.
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

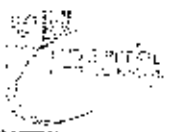
EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

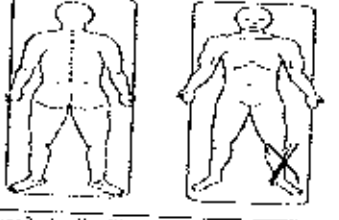
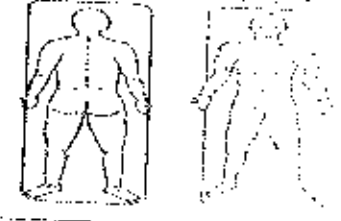
Dr. Elger Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

	P	SC	T	R	O	E
SINAIS VITAIS						
6 H	115x70	76	36.3°	36.2	+	
12 H	120x80	80	36.3°	20	+	+
18 H	160x100	87	36.8°	20	+	+
24 H	140x90	71	36.5°		+	

Dr. Elger Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Leandro dos Santos

DATA: <u>02/03/19</u>	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
GRAU - I GRAU - II		GRAU - I GRAU - II	
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra	Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipos de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	Tipos de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Odor:	<input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor:	<input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Óleo de girassol</u>	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>10:27</u> <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da próxima troca:	<u>02/03/19</u>	Data da próxima troca:	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. do Enfermeiro	01- <u>Elaine</u> <u>Carimbo: 02/03/19</u> <u>Elaine Lima</u> Enfermeira COB-1510 264829	01- 02-	

OBS:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Vitoriano da Silva HD 30/01/97

DATA: 03/02/95 SEXO: M () F IDADE: 38 PESO: 70 KG: 70 LEITO: 305

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOBENTRAL: SIM () NÃO () DATA:

DRENOST? SIM () NÃO () QUAL?

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PEÇOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PÉRVIAS () OSTRUDIDAS

ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE GUSTATIVA: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE OLFATIVA: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE TÁCTIL: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE TEMPERAL: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE DOLORÍMICA: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE ACÚSTICA: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE EQUILIBRADA: NORMAL () DIMINUIDA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

329

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						HC
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	5/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				14 - 23-08	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO	
5	DIPIRONA 2G EV 6/8H SN				SN	
6	TRAMAL 100mg+SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				OG	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rutina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN	
14	CURATIVO DIÁRIO				M	
15	DEXTRO 8/8HS				16 - 24-08	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				25-08	
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

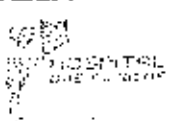
Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1628/RR

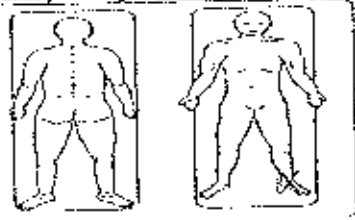

SINAIS VITAIS	PA	PC	P	Temp	
6 H	119x75	66	19	36°C	
12 H	13x80	77	19	36.3°C	+
18 H	140x90	70	19	36.5°C	+
24 H	131x88	75			

Dextro = 253mg/dl

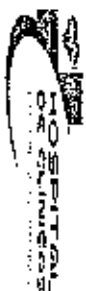
DXT = 253mg/dl

Meds. Dextro 253mg/dl corrigido 44 UI R.

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: <u>José Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>05/03/13</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesão: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Colocutura primária (Cauterização da lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:45</u> <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. fco. em Enfermagem		Carimbo e ass. fco. em Enfermagem	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
ODS:		ODS:	

OBS: instrumento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CovaTec, Substâncias Programadas.
 Os pacientes com 07 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME:

Cláudio Rodolfo dos Santos

HD

DATA:

05/03/19

SEXO: (M) F

IDADE

PESO

KG

LEITO

329

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO (x) LOCAL: DATA:

CATETER PERIFÉRICO: SIM (x) NÃO () LOCAL: DATA: 04/03

SONDA VESICAL: SIM () NÃO (x) LOCAL: DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x) LOCAL: DATA:

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (x) LOCAL: DATA:

DRENOS: SIM () NÃO (x) LOCAL: DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ADRGAÇÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRAATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: DATA: 05/03 GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISÓCORICAS () ANISÓCORICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

AVISÃO DE SUPERFÍCIES: () PERVAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () SUPLENIC () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSID: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS

ACIDADA () DERMATITIS () DESIDRATADA () HIPERDRATADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () MACROANGIOMATOSA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PULSO PERIFÉRICO: () NORMAL () FRACILITADO () FILIFORME

LOCAL DO PACIENTE: () INTERNO () AMBULATÓRIO () URGÊNCIA () PRONTO-SOCÓRIO () OUTROS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1. RISCO DE INFECÇÃO

2. RISCO DE Quedas

3. RISCO PARA LESÃO

4. RISCO PARA Quedas

5. RISCO PARA LESÃO

6. RISCO PARA LESÃO

7. RISCO PARA LESÃO

8. RISCO PARA LESÃO

9. RISCO PARA LESÃO

10. RISCO PARA LESÃO

11. RISCO PARA LESÃO

12. RISCO PARA LESÃO

13. RISCO PARA LESÃO

14. RISCO PARA LESÃO

15. RISCO PARA LESÃO

16. RISCO PARA LESÃO

17. RISCO PARA LESÃO

18. RISCO PARA LESÃO

19. RISCO PARA LESÃO

20. RISCO PARA LESÃO

21. RISCO PARA LESÃO

22. RISCO PARA LESÃO

23. RISCO PARA LESÃO

24. RISCO PARA LESÃO

25. RISCO PARA LESÃO

26. RISCO PARA LESÃO

27. RISCO PARA LESÃO

28. RISCO PARA LESÃO

29. RISCO PARA LESÃO

30. RISCO PARA LESÃO

31. RISCO PARA LESÃO

32. RISCO PARA LESÃO

33. RISCO PARA LESÃO

34. RISCO PARA LESÃO

35. RISCO PARA LESÃO

36. RISCO PARA LESÃO

37. RISCO PARA LESÃO

38. RISCO PARA LESÃO

39. RISCO PARA LESÃO

40. RISCO PARA LESÃO

41. RISCO PARA LESÃO

42. RISCO PARA LESÃO

43. RISCO PARA LESÃO

44. RISCO PARA LESÃO

45. RISCO PARA LESÃO

46. RISCO PARA LESÃO

47. RISCO PARA LESÃO

48. RISCO PARA LESÃO

49. RISCO PARA LESÃO

50. RISCO PARA LESÃO

51. RISCO PARA LESÃO

52. RISCO PARA LESÃO

53. RISCO PARA LESÃO

54. RISCO PARA LESÃO

55. RISCO PARA LESÃO

56. RISCO PARA LESÃO

57. RISCO PARA LESÃO

58. RISCO PARA LESÃO

59. RISCO PARA LESÃO

60. RISCO PARA LESÃO

61. RISCO PARA LESÃO

62. RISCO PARA LESÃO

63. RISCO PARA LESÃO

64. RISCO PARA LESÃO

65. RISCO PARA LESÃO

66. RISCO PARA LESÃO

67. RISCO PARA LESÃO

68. RISCO PARA LESÃO

69. RISCO PARA LESÃO

70. RISCO PARA LESÃO

71. RISCO PARA LESÃO

72. RISCO PARA LESÃO

73. RISCO PARA LESÃO

74. RISCO PARA LESÃO

75. RISCO PARA LESÃO

76. RISCO PARA LESÃO

77. RISCO PARA LESÃO

78. RISCO PARA LESÃO

79. RISCO PARA LESÃO

80. RISCO PARA LESÃO

81. RISCO PARA LESÃO

82. RISCO PARA LESÃO

83. RISCO PARA LESÃO

84. RISCO PARA LESÃO

85. RISCO PARA LESÃO

86. RISCO PARA LESÃO

87. RISCO PARA LESÃO

88. RISCO PARA LESÃO

89. RISCO PARA LESÃO

90. RISCO PARA LESÃO

91. RISCO PARA LESÃO

92. RISCO PARA LESÃO

93. RISCO PARA LESÃO

94. RISCO PARA LESÃO

95. RISCO PARA LESÃO

96. RISCO PARA LESÃO

97. RISCO PARA LESÃO

98. RISCO PARA LESÃO

99. RISCO PARA LESÃO

100. RISCO PARA LESÃO

EVOLUÇÃO COTIDIANEIRO

DATA 1/11/2006 HORA 12:00

MANHÃ:

DATA: 02/03/2010 HORA: 15:00

ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO
DATA: 05/03/2014 16:00
TARDE:

ASS. E CARINHO. TEC. ENFERMAGEM

Parcela no Lote 107E, supracitada, cu-
bica, aresta, decorada com curules
e moldes, com ornato de ferro for-
mte, traseiro alto, sobre uma alca-
purga de aço, guarnição de ferro, de
materiais preciosos, ornato de
aço, fundido e esculpido.

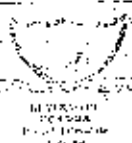
NOTE: DATA / HORA

ASS. E CARIMBO- TERC INFIRMAGEM

DATA 20/03 HORA _____

NOTITE: _____

Realizado SS.N. + medicina to
C.P.M + Hora de Aul.P. + D.T.: Segue
os cuidados de enfermagem.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO			DI			DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS							
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE			LEITO	339	DATA	02/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORARIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS						SN	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						manhã	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h						18h 22:06	
4	HIALATIL 20MG EV 12/12h						SUSPENSÃO	
5	DIPYRONA 2G EV 6/6h SN						SN	
6	PARAL 100mg (51 0.9% EV DO 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA						SN	
7	FLASIL 10 mg EV 8/8h (SN)						SN	
8	OMEFRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ LM JENUM						06	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (SN)						SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 h						Roraima	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG						SN	
12	CURATIVO DIÁRIO						14	
13	DEXTRO 8/8h						16h 24 08	
14	AMFTRIPTILINA 25MG VO À NOITE						20	
15								
16								
17								
18								
19								
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI F OU GLICOSE < 70 DLM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

RECOMENDAÇÃO MÉDICA:

ALIMENTAR SEU E SEU INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU
DIARREIA, LUPNICO, LOITE, BFG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D E
08h	131x93	74	36.3°C	+
12h	131x70	80	36.6	++
16h	130x90	88	36.6	++
20h	140x80	73	36.3°C	++


laudo
prática
laudo
laudo

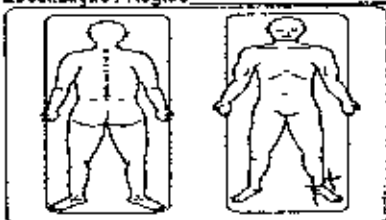
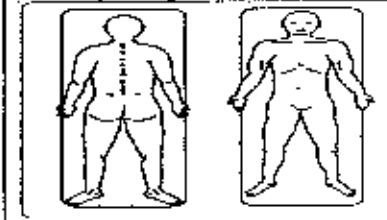
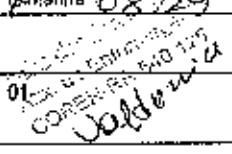
Prontuário Hospital São João
Roraima - Roraima
Correspondência 257.522 TE

Glucose Dextro 187 mg/dl

Glucose Dextro 196 mg/dl

Prontuário Hospital São João
Roraima - Roraima
Correspondência 257.522 TE

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>				
DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão):	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs				
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02-	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS: _____		OBS: _____		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solitions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SISTEMA DE REGISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Carla de Cássia dos Santos ID: 2003

DATA: 06/04/19 SEXO: M (M) / F IDADE: 39 PESO: 52,5 KG, LENTO 32,5 * ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES
CATETER CENTRAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: DATA:	<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO
CATETER PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: DATA:	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
SONDA VESICAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA:	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
SONDA NASOGÁSTRICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA:	<input type="checkbox"/> TROCA GÁSTRICA PREJUDICADA
SONDA NASOENTERAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DATA:	<input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE
DRENOS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? DATA:	<input type="checkbox"/> MEDO
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ

1. FEMINGTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: ☐ SIM ☒ NÃO LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA, PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PÉRVIAS () OSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ☒ FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: ☐ SIM ☒ NÃO

FREQUÊNCIA: () SUPLENIC () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
☒ HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACANÓTICA () MACROANGIÁTICA

TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
PULSO: () PERIFÉRICO () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DESNUTRICO
RHMAT: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL

ELIMINAÇÃO: URINA: () NORMO () OLIGURIA () ANÚRIA () POLIURIA
FEZES: () NORMO () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () JETÍLUA
APARELHO GENITAL: ANO/DIURSE:
VAGINA: () NORMAL () VAGINITE () LEUCORRÉIA () EPITELIOSE () OUTROS

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSTRICA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio

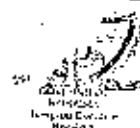
DESEQUILÍBRIO
MODALIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
TERAPÊUTICO
() DESOBTURACÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPERTERMIA
() HIPOTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() Desequilíbrio PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() SÍNDROMA CARENTE DE INÍMIO DO
() Desequilíbrio

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 h
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABEÇA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 / 1 h
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS 14 h
() REALIZAR DEXTRO 1 / 1 HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LENTO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 / 1 h
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES ENI
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR TOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

Exatidão
Entendimento
Correção

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA/HORA	MANHÃ:	DATA/HORA
<p>Recebi o paciente em estado, agitado, e com desconforto na região abdominal abdominal, apresentando hemato em abdômen superior</p> <p>Enfermeiro: 2600 COREVIR</p>	<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA: </p>	<p>Realizado Sinais + medicações Cop. br. Sem queixa de e incontinente.</p> <p>Enfermeiro: 2600 COREVIR</p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA: </p>
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / HORA: </p>	<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: / HORA: </p>		

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	22/06/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				
2	ACESSO VLNOSO PERIFÉRICO				
3	CEFEPIME 1G EV 8/8h				
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6h SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCOG 6/6 h				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 6/6HS				
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 260-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OBLÍQUA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, B.E.G. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

12	211 mg/dl	COUS.
18	342 mg/dl	
24		
06		

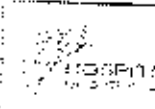
glicose: 82 mg/dl.

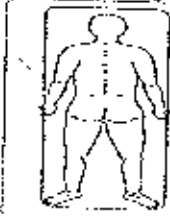
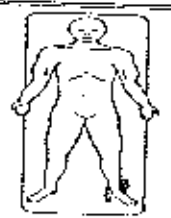
SINAIS VITAIS	D	6
6 H	130/90	73 36.1
12 H	120/80	87 36.8
18 H	130/90	72 36.6
24 H	140/70	68 36.5

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Priscila Maria da Silva
CRM-RS 245.112-1

glicose: 216 mg/dl. Roraima, 22/06/2019

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Bodono	
DATA: 01/03/19	Localização / Região: <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: Diabete
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Cor do exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Curativo primária Contato direto na lesão:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:20 <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Em caso de + de 24hs	01- _____ 02- _____
Carimbo e ass. Prof. em Enfermagem	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- _____ 02- _____
OBS:	OBS:

工

• ALÉRGICO ?

DIAGNÓSTICO	{ MANter Vias Aéreas Pérvias
{ RISCO DE INFECÇÃO	{ REALIZAR CUIDADOS COM Vias
{ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	

☐ INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

☐ TUBO GÁSOSO PREJUDICADA

☒ VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 2h

☐ MANTER MONITORIZAÇÃO

☐ MANTER CAECET: RA ELEVADA, _____

☒ ANSIEDADE
☐ MEDO
☐ ENTENDEIMENTO INEFICAZ
☒ ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS
☐ ASPROVAR VAS / TOT _____
☐ VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

(1) RISCO PARA NUTRIÇÃO
DESEQUILIBRADA
(2) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
(3) MANTER ACESSOS VENTILADOS PERÍCIOS

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE SINDRICO DE
() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
	ELIMINAÇÕES.

☐ AERÉAS
☐ RADICA
☐ INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE
☒ VERIFICAR E REGISTRAR EDEMIAS
☐ AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
 GAVAGEM
☐ PREVENÇÃO ZOOINUMI

☒ RISCO PARA QUEDAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTODESTIMA PERTURBADA
() VERIFICAÇÃO DE SINAIS LABO/INTENÇ.
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
DIETA
() VERIFICAÇÃO DA ROTINA DIÁRIA

1) DIARRÉIA _____
 1) CONSTIPAÇÃO _____
 1) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO _____
 1) MANUTER SEU NÍVEL DE ATIVIDADE _____
 1) REALIZAR EXERCÍCIO _____ HORAS
 1) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRADO _____
 1) ENCAMINHAR AO CUIDADO JARDIM _____

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL
 () REALIZAÇÃO DE DEBATE

() RISCO PARA AUMENTO DA INFLAÇÃO	() REALIZAR CURSOS DE ATUALIZAÇÃO
() INFLAÇÃO	() PREPARAR PARA EXAMES EM OUTROS PAÍSES
() HIPOTENSÃO	() REALIZAR NÍVEL DE CONFIANÇA
	() REALIZAÇÃO DE CAMPANHA

1) HIPERTENSÃO
2) DIABETES MELLITUS
3) DOENÇA CRÔNICA DO CORAÇÃO
4) DOENÇA CRÔNICA DOS RINS
5) DOENÇA CRÔNICA DO FÍGADO
6) DOENÇA CRÔNICA DO PULMÃO
7) DOENÇA CRÔNICA DO SISTEMA DE CIRCULAÇÃO
8) DOENÇA CRÔNICA DO SISTEMA DE CIRCULAÇÃO
9) DOENÇA CRÔNICA DO SISTEMA DE CIRCULAÇÃO
10) DOENÇA CRÔNICA DO SISTEMA DE CIRCULAÇÃO

QUESTION	ANSWER
1. Which of the following is a function of the endoplasmic reticulum?	Protein synthesis
2. Which of the following is a function of the Golgi apparatus?	Protein modification and transport
3. Which of the following is a function of the lysosome?	Digestion of macromolecules
4. Which of the following is a function of the mitochondrion?	ATP production
5. Which of the following is a function of the chloroplast?	Photosynthesis

15/05/2015

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

— Shirley

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATE: / /

Políticas e atos de violência cívica
relacionados com a organização comunitária
sem deixar a qualquer coisa por fazer e
monstrar, apesar das dificuldades da vida e
como melhorar sua intercomunicação
entre famílias e moradores.

Vegetables - 1/2 grown along
Sage and Curly in all appearance
good.

C. Sankar D. Sharma

2025 JAN 25

TARDE:

DATA / HQRA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO-TÊC ENFERMAG=11

100. Adipositas = Fettsucht

[illegible]

NOTE:

DATA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
HORA _____:

NOTE:

DATA01/03 HORAD:60

ASS. E CARIMBO-TÉC ENFEQUIMAGEM:

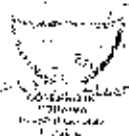
[illegible]

Declaration of Assets

CORE *for the 21st Century*

ASS. ECA51150- INFERMEIRO:

455. E ÇA RIMBÇ- TËÇ ENFERANİSİM:



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

329
HC

DATA DE ADMISSÃO	DHI		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNZELO ESQUERDO 43 dias			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	225	DATA	8/10/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			DIÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS			San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			montu
3	CELEBRIME 1G EV 8/8H			5/5/1
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			SUSPENSO
5	DIPRONA 1G EV 6/6H SN			SN
6	FUMAL 100MG + SE 0.9% EV QUOTIDIANO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM			06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)			SN
10	SSVV + CCGC 5/6 H			Rolma
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 mmHg			SN
12	CURATIVO DIÁRIO			14
13	DEXTRO 6/6HS			48
14	ZAFIRPTILINA 25MG VO À NOITE			20
15				
16				
17				
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI; QU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGÉRCAS, FEBRE, TOSSSE OU DIARRÉIA. FUPNEICO, LOTE, BFG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

HORA	DXT	CORREÇÃO
12	74mg/dl	0
18	140	-
24	80mg/dl	-
06	74mg/dl	

SINAIS VITAIS	D	E
4H 115x78 72	0	0
12H 140x90 72 36.7°C	+	0
18H 140x90 80 36.7°C	+	-
20H 115x78 71 36.7°C	+	0

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

R 20

Dr. Daniel de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.445 / RQE 584

Dr. Daniel de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.445 / RQE 584

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME:

Ygor Frederico

HD

DATA:

31/03/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

329

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CATER central: SIM () NÃO () LOCAL DATA

CATER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FEMINENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISODÓTRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TOXAS E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOIS INSPIRATORIOS: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () D E S P N E I C O

MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICAS

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOSTÍMIA PERTURBADA

() DIARREIA

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() INESTABILIDADE

() INEFICÁCIA DA TERAPIA FARMACOLÓGICA

() PREJUDICADO O SONO E O DEBILITAMENTO

() RISCO PARA INFECÇÃO

() RISCO PARA LESÃO

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() RISCO PARA LESÃO

() RISCO PARA LESÃO

() RISCO PARA LESÃO

() RISCO PARA LESÃO

() RISCO PARA LESÃO

() RISCO PARA LESÃO



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	9/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				ORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				18h
15	DEXTRO 6/6HS				06h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI./ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS

6 H			
12 H	Ausente do leito		
18 H	Box 80 70	36.7°C	117mg/dl
24 H	Box 83 76	36.4°C	117mg/dl

14: h - oxeto 117 mg/dl

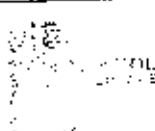
18: h - oxeto 153 mg/dl



06h - oxeto 77 mg/dl - Tecmália

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Pedro Di Giorgetti
Cirurgião Traumatologista
CRM-RR 1815

Paraná de Almeida Sara Lima
Técnica de Enfermagem
CRM-RR 297.922 TE

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da última ação:	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENFELETO: 329			

Nome: João Teodoro		Localização / Região: 		DATA:	Localização / Região: 
Grau: I Grau: II	Grau: I Grau: II	Pressão: I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Encefalopática Cirúrgica Trauma Isotraf: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm Tecido de granulação: <input checked="" type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico: <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sem odor <input checked="" type="checkbox"/> Com odor <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Não há <input checked="" type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Intensa / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: _____ Manha <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/>		Pressão: I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Encefalopática Cirúrgica Trauma Isotraf: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm Tecido de granulação: <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico: <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Com odor <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> Não há <input checked="" type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Intensa / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: _____ Manha <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/>	
Data da Próxima troca: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____	Assinatura: Valde Cardoso da Silva Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____	Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____		Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____	Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____ Assinatura: _____

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM IMAGEMEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO PEDRO DA SILVA

HO

ALÉRGICO?

DATA: 02/04/19 SEXO: M IDADE: 32

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

CATETER CENTRAL

SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

CATETER PERIFÉRICO

SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA VESICAL

SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA

SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA NASOENTERAL

SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

DRENOS

SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PEÇO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

POUPAS

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () DESVIADAS () CONSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TOXAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

PRECIPITACÃO

PRECIPITACÃO: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

MÚRMURUS VESICULARES

MÚRMURUS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () SIBLOS

PULSOS ADICIONAIS

PULSOS ADICIONAIS: () PRESENTE () AUSENTE () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

TEMPERATURA DA PELE

TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

ACRESCHE CARDIOVASCULAR

ACRESCHE CARDIOVASCULAR: () REGULAR () IRREGULAR () RÍTMICO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () DIMINUIDO

PERCUTIDA PERIFÉRICA

PERCUTIDA PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUIDO

LOCAL DO PULSO

LOCAL DO PULSO: () NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE

LESÕES

() RISCO DE INFECÇÃO

() PARADO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSICA PREJUDICADA

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILÍBRIO

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DEOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() AUTOSTÍMIA PERTURBADA

() DOR

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DIFICULTADE DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() DIFICULTADE

() INTERFERÊNCIA DA PELE PREJUDICADA

() RISCO DO SONO PREJUDICADO

() PREJUDICADO PREJUDICADO

() HIPOTERMIA

() DIFICULTADE

() INTERFERÊNCIA DA PELE PREJUDICADA

() RISCO DO SONO PREJUDICADO

() PREJUDICADO PREJUDICADO

() HIPOTERMIA

() DIFICULTADE

() INTERFERÊNCIA DA PELE PREJUDICADA

() RISCO DO SONO PREJUDICADO

() PREJUDICADO PREJUDICADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANTER MONITORAÇÃO

() MANTER OXIGENAÇÃO

() ASPIRAR VIAS TOT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() TENTAR PARA DOENÇAS AGÜAS

() OBSERVAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR

() OBSERVAR

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RISCO GÁSTRICO ANTES DA

() GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

() DIETA

() MANTER JEJUN A PARTIR DAS

() REALIZAR DENTRO

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MANUTENÇÃO DE DECUBITO

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM

() REALIZAR HIGIENE DE CUNHO

() ESTIMULAR MANUTENÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR TOLERÂNCIA A

() ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

MANHÃ: EVOLUÇÃO DO CENÁRIO DATA 01/04/19 HORA 07:04

Paciente acordou, porém com náuseas e vômitos. Não houve alteração da consciência. Não houve alteração da frequência cardíaca e da pressão arterial. Não houve alteração da saturação de oxigênio.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / / HORA

TARDE:

MANHÃ:

Paciente acordou, porém com náuseas e vômitos. Não houve alteração da consciência. Não houve alteração da frequência cardíaca e da pressão arterial. Não houve alteração da saturação de oxigênio.

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

DATA / / HORA

TARDE:

Paciente acordou, porém com náuseas e vômitos. Não houve alteração da consciência. Não houve alteração da frequência cardíaca e da pressão arterial. Não houve alteração da saturação de oxigênio.

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

DATA 01/04/19 HORA 08:00

NOITE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

NOITE:

Paciente acordou, porém com náuseas e vômitos. Não houve alteração da consciência. Não houve alteração da frequência cardíaca e da pressão arterial. Não houve alteração da saturação de oxigênio.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	320
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OL PAD> 110 MMHG	SN
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	DEXTRO 6/6HS	18h 24h 06h 12h 20h
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTIL, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H	130x80	70	36.7°C
24 H	130x83	76	36.4°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Dorian Di Giovanni
CRM-RR 1815

14h - glicose 117 mg/dl
18h - glicose 153 mg/dl
06h - glicose 77 mg/dl. Tec. médica

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENTREGAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: DANIELA VASCONCELOS DOS SANTOS ID: 808

DATA: 03/04/15 SEXO: FM IDADE: 32 PESO: 52,8 ALTURA: 1,60 * ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS							

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (x)	LOCAL	DATA	() RISCO DE INFECÇÃO	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() MANUTER VIAS AERÉAS PÉRVIAS	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
-----------------	-----------------	-------	------	-----------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (x)	LOCAL	DATA	() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE
--------------------	-----------------	-------	------	---	---	--------------------------------	--------------------------------

SONDA VESICAL SIM () NÃO (x)	DATA	() TROMBOGASOSA PREJUDICADA	() INADQUIDADE	() MANUTER CÂTERE ELEVADA	() ASPIRAR VAS. ATQ.	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	() IDENTIFICAR PARA CLEIAS ALGÍDICAS
-------------------------------	------	------------------------------	-----------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

SONDA NASOGÁSTRICA SIM (x) NÃO ()	DATA	() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA	() REALIZAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	() OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
------------------------------------	------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	----------------------------------	---

SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO (x)	DATA	() RISCO PARA NUTRIÇÃO Desequilibrada	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
-----------------------------------	------	--	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
--------------------------	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEGRADACÕES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
---	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
--------------------------------------	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
---	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
---	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
---	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

VIAS AERÉAS SUPERIORES: () LÍQUIDAS () OBSTRUÍDAS		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
---	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
--	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

OBS:		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
------	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
--------------------------------------	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
---	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

DOOR INSPIRATÓRIA: () SIM (x) NÃO		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
------------------------------------	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

FREQUÊNCIA: () SUPLENDO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () EUPNEICO		() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERÉAS	() RABO DA	() INTELIGÊNCIA A ATIVIDADE	() RISCO PARA Quedas
---	--	-------------------------	--	--	-------------	------------------------------	-----------------------

Paciente em jejum. Condição clínica satisfatória. SSIVS. Paciente com evolução satisfatória. Sono adequado. Sem alterações. Paciente em jejum. Condição clínica satisfatória. SSIVS. Paciente com evolução satisfatória. Sono adequado. Sem alterações.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA: / / DATA: / / HORA: / /

Paciente no leito com sintomas neurológicos. Teor. Cerebral.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO: ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA: / / DATA: / / HORA: / /

Pac. no leito. Sinais vitais satisfatórios. SSIVS. Paciente com evolução satisfatória. Sono adequado. Sem alterações.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		329	DATA	10/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SVD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				20
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rebu
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMH				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				Monte
15	DEXTRO 8/8HS				20
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

	PA	PP	TA	FR	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	130x80	82	35°C			
12 H	130x90	83	36,5	20	(+)	(+)
18 H	138x86	82	36°C	20	+	+
24 H	136x80	84	36,1°C	17	(+)	(+)

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro *[assinatura]*
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 18.151 RQE 154

Dextro
14 h + 137 mmHg/dl
22 h
06 h

• ALERGICO?

APPROVED FOR RELEASE BY THE PRESIDENT OF THE UNITED STATES OF AMERICA

10:00 hrs. Death on BEG. NOTE
abdominal suprapubic area a
distal, purplish discoloration present
over suprapubic area and
medial



TARDE

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO

DATA

Hofmann

NOTES

—A55. E CARIMBO- ENFEZMEIO

0.2, 1.5

HORMA

Paciente mo leto. Sem queixas
 val gressa maligada. SVVS. Regue
 abdo circular. cala squipe de
 confereça.

10/10/1964

TABLE 1

~~ASSE CARINJBO - TJC ENFERMAIGEM~~

DA: 6204 HCR/19-110

paciente seque sem sintomas
de cuidados da enfermagem

~~None~~

NOTES

ASS. E CARIM. SQ. TEC. ENFERMAGEM

DATE


HORR

Parte me leads fit to be allowed
consider all improvements + materials
open

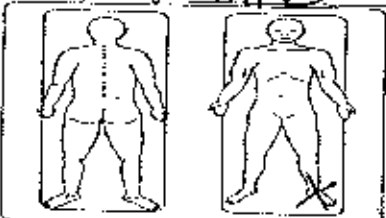
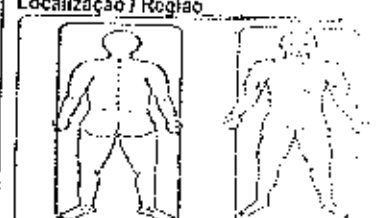
Here with contacts of ~~refugees~~

Little Rock School District
P.O. Box 11000
Little Rock, AR 72203

Reference

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IFC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: <u>30/03/18</u> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>x2</u>	Localização / Região: <u>MI E</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
--	--	--	--

Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:	01- <u>Gláucia da Silva Rocha</u> Enfermeira CNPQ: 04.851.943	02- <u>Maria Aparecida V. Santos</u> Enfermeira CNPQ: 519.702	01- 02-
---	---	---	------------



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN	SNV
6	TRAMAL 100MG + SP 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE	SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SNV
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSV 1 CC GG 6/6 H	Rodina
12	CARTOPRIL 25MG VO SE PAS 160 E/OU PAD 110 MMM	SNV
14	CURATIVO DIÁRIO	SNV
15	DEXTRO 8/8HS	18/3/2019 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE	30
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 2.400: 10 UI E OU GLICOSE > 170 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA, EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H	6 H	12 H	18 H	24 H	6 H	12 H	18 H	24 H
	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80	136/80
	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
	166	166	166	166	166	166	166	166	166	166	166	166
	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5	36.5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

correção

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1616-RUB-03

SABER E ATUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE

NOME: Sônia Saldano dos Santos

HO

DATA: 03/04/2015 SPN: YUIE IDADE: _____

PFSS

RG

FTO

393

• Atividade

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA <input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Desequilíbrio <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA QUEDAS <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTOSTIMA PERTURBADA <input type="checkbox"/> INAPETÊNCIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HURTIQUIMA <input type="checkbox"/> INTERFERÊNCIA DA ATENÇÃO <input type="checkbox"/> PAUZA DO SONO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> DESQUETÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONHECIMENTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> INTERFERÊNCIA DA ATENÇÃO			
CATETER CENTRAL				<input type="checkbox"/> RISCO PARA VÍAS AÉREAS PERVAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VÍAS <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6</u> h <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS ATOT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIMAS ALÉGICAS <input checked="" type="checkbox"/> ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR RESUSCITAÇÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIVOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>6</u> h <input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> LAVAR A REGIÃO GÁSTRICA ANTES DA GASTROSTOMIA <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> PROMOVER JEJUNO A PARTIR DAS <u>6</u> h <input type="checkbox"/> REALIZAR OFERTAS <u>6</u> HORAS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO DE ASPERSÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR A TOCUIDADE <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADO NO INT <input type="checkbox"/> REALIZAR AVALIAÇÃO DE DEQUET <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADO GÁSTRICO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> CONTINUAR EDUCACAO <input type="checkbox"/> REALIZAR ATUALIZACAO			
CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ DATA: _____							
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) DATA: _____							
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () DATA: _____							
SONDA NASOENTRAL: SIM (X) NÃO () DATA: _____							
DRENOS: SIM (X) NÃO () DATA: _____							
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES							
1. FLUMINITE 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DERMATITIDES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDMA 7. AMPUTACAO							
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()							
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO							
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA							
ACUIDADE VISUAL: NORMAL (X) DIMINUIDA				ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: PÉRVIAS () OBSTRUIÇAO				HIGIENE BUCAI () FAVORÁVEL (X) NAZÓVEL () PRECÁRIA			
OBS: _____							
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO							
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO							
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO							
FREQUÊNCIA: NORMAL (X) TAQUIPNEIA () BRADIPNEIA () DISPNEIA							
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES				TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBIOS							
CIRCULAÇÃO/ COR DA PTE/MUCOSAS							
HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICÍTICA							
() CANOTICA () LACRIMOTICA () ACROCIANOTICA							
TEMPERATURA DA PELE: () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA							
APARELHO CARDIOVASCULAR							
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()							
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA							
PULSO PERIFÉRICO: () FORTÍSSIMO () ABOLIDO () ILÍQUIDO							
PULSO: () NORMOTÔNICO () TAQUICARDIA () BRADICARDIA ()							
LOCAL DO PULSO: _____							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
ABDOMEN: () DUREZA () MOLEZA ()							
ESTADO NUTRICIONAL: () EUTRÓFICO ()							

1200

2014-15-2015-16

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

455. E CARLSON, TFC ENFERMAGEM

ASS. C. CONTING. LC EXT. MOD. 5/15/01

Paciente orientado sem queixas
relatando SSV (pro. segue aos
cuidados da equipe).

[illegible]

23

Paciente em tratamento com
anticonvulsivos.

$$\frac{1}{\sqrt{2}} \begin{pmatrix} 1 & 0 \\ 0 & 1 \end{pmatrix}$$

Past Operations Division

1. Explain the importance of the
document in the context of the
document's history.

100

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
AGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	12/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensc
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 5F 0.9% EV OU: 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				3am
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06h
9	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H				Rodina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMM				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
15	DEXTRO 8/8HS				12h 22 96
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20h
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

E D

SINAIS VITAIS				
6 H	130x86	75	97	20
12 H	37.0	130x80	84	20
18 H	36.5	130x80	84	18
24 H	36.5	98	97	20

MÉDICO RESIDENTE EM
 + ORTOPEDIA E
 + TRAUMATOLOGIA

+ Dextro 10 mg/dl
 + fad... 173

Dr. Pedro De Goulart
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 10.100 / RQE: 664

24 h → 122
 06 h → 103 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO JOÃO

DATA: 04/04/18

SEXO: M IDADE: 18

PESO: 70 KG

LEITO: 323

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

DRENOS: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

UTÉRA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓMICAS () ANISOCÓMICAS () MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA () ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA ()

VIAS AÉREAS SUPERIORES: LIBRES () OBSTRUÍDAS () HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBST.

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO ()

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO ()

FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: () NORMAL () ACURTIADA () PROLONGADA ()

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTE () PRESENTE () TOSSES: AUSENTE () PRESENTE ()

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () ROMBOS () ESTERÓRES () SIBILOS ()

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

HUMIDIDADE: () UMIDA () SECA () CRASSA () ESCLEROTICA ()

TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA ()

APARELHO CARDIOVASCULAR

BITATO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() INEEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESQUILIBRADA

() INCAPACIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() AUTOESTRIMA PERTURBADA

() CONSTIPÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BROMO OXALAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() ANOREXIA

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VASO

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 24 HORAS

() MANUTER MONITORAÇÃO

() MANUTER CÂBEREIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() OBSERVAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CUIDADOS HÍDRICO DE 24 HORAS

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR GLIMINACÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RGS DOU GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER LÍQUIDA A PARTIR DAS 24 HORAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VASO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR CUIDADOS COM VASO

() REALIZAR CUIDADOS COM VASO

() REALIZAR CUIDADOS COM VASO

() REALIZAR CUIDADOS COM VASO

() REALIZAR CUIDADOS COM VASO

MANHÃ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA

HORA

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA 04/04/2009 HORA 12:00

PA 130/70 FC 70 TA 36,5°C, D+1 E+

Realizado SSV e medicação com

Segue as cuidados da equipe

TARDE

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

TARDE

DATA 04/04/2009 HORA 14:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paciente segue sob cuidados
da enfermagem, sem queixas,

NOITE

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

NOITE

DATA 04/04/2009 HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paciente sob cuidados adequados
sem alterações observadas. SSV
em andamento.

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENFERMO: 329

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

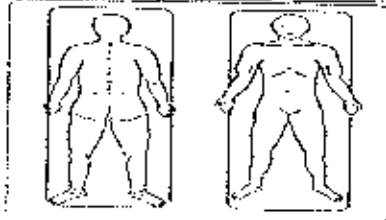
Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 04/04/13

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Características da Ferida:

Localização do Lado

Características de Exsudato

Tipo de exsudato:

Idioma:

Odor:

Condição da pele

Perifoneia:

Solução para limpeza

Cobertura primária

Monte o dreno na ferida

Local de curativo

Atividade física

Atividade de higiene

Medicamentos

Rec. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

CRIS

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética

neuropática cirúrgica Trauma e outras

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☒ Tecido de granulação ☐ com escalo

☐ Tecido necrótico

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco

☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ Seroso ☒ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

☒ Sim ☐ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na base do leito

☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritemato / Rubor

☐ Profundo ☐ Outras

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Cloroxidina 1%

☐ Cloroxidina 4% ☐ Outro:

☒ Gaze ☐ Colagenase

☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata

☐ AGE ☐ Outro:

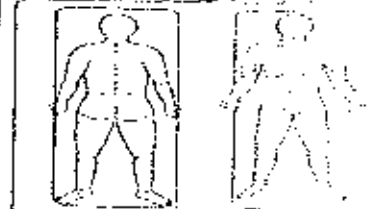
☒ Manhã ☐ Tarde

09/04/13

Valdo Cardoso da Silva

CRIS

Localização / Região



DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética

neuropática cirúrgica Trauma e outras

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☐ Tecido de granulação ☐ com escalo

☐ Tecido necrótico ☐ Escara

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco

☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

☐ Sim ☐ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na base do leito

☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritemato / Rubor

☐ Profundo ☐ Outras

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Cloroxidina 1%

☐ Cloroxidina 4% ☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase

☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata

☐ AGE ☐ Outro:

☐ Manhã ☐ Tarde

09/04/13

Valdo Cardoso da Silva

CRIS

CRIS



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	13/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 5F 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Redna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14
15	DEXTRO 8/8HS				14:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

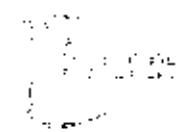
SINAIS VITAIS	PA	EC	TAX	D
6 H	120/70	85	72-45	+
12 H	120/70	85	36-60	+
18 H	120/70	73	36-	+
24 H	130/90	76	36-38	+


MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Assoc. Enfermagem
Crem RR 009.457.009 AF

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 RQE 024

144 mg/dl
225 mg/dl
241 mg/dl

	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2011
	Comissão de Curativo - CC	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO: 329			

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>				
Data: <u>05/04/19</u>				
Localização / Região			DATA:	Localização / Região
			<input type="checkbox"/> GRAU - I	
			<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Integridade	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura	
Medida da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Presença do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Cor do Exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Odor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Localização da ferida	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Estado da pele	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Medicação prescrita	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 1% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Medicamentos prescritos	<input checked="" type="checkbox"/> Zinco <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Zinco <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Horário do curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 10:00 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca	<u>06/04/19</u>			
Assinatura de 1 de 24hs	01- <u>Valdo Cardoso da Silva</u> Coordenador Geral COREN-TOC 403547		02- _____	
Assinatura de 2 de 24hs				
Assinatura de 3 de 24hs				
Assinatura de 4 de 24hs				
Assinatura de 5 de 24hs				
Assinatura de 6 de 24hs				
Assinatura de 7 de 24hs				
Assinatura de 8 de 24hs				
Assinatura de 9 de 24hs				
Assinatura de 10 de 24hs				
Assinatura de 11 de 24hs				
Assinatura de 12 de 24hs				
Assinatura de 13 de 24hs				
Assinatura de 14 de 24hs				
Assinatura de 15 de 24hs				
Assinatura de 16 de 24hs				
Assinatura de 17 de 24hs				
Assinatura de 18 de 24hs				
Assinatura de 19 de 24hs				
Assinatura de 20 de 24hs				
Assinatura de 21 de 24hs				
Assinatura de 22 de 24hs				
Assinatura de 23 de 24hs				
Assinatura de 24 de 24hs				

O acompanhamento da ferida é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Con.n.Tec. Solutions Programs. Os curativos com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sônia Roberto dos Santos HD Professora da Universidade

DATA: 05/04/13 SEXO: M () F () IDADE: 39 PESO: 39 KG. LENO: 39 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA:		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA:		



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: 05/04/13

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? DATA: 05/04/13

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA: PESCOÇO / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISÓCORICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBRSTRUÍDAS

OBS:

TORÁX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() INADEQUAÇÃO DE MEIO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() Desequilíbrio

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() AUTOSTÍMIA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 2 h

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS / 701

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() MANUTER PERUSÃO PERIFÉRICA

() OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() MANUTER CONTROLE HÍDRICO DE 2 h

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

() GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

DIETA

() MANUTER JEIUNA A PARTIR DAS 8 h

() REALIZAR DEXTRO 8 / 8 HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 h

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES ENI

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A

ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

() OUTROS

OK



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	14/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rodim
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				14mg/206
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1826/RR

SINAIS VITAIS	D		E	
6 H	128/80	80	36.8°C	
12 H	140/90	82	37.7°C	+
18 H				+
24 H	110/70	88	36.8°C	

34 HHS DEXTRO 345 mg/dl
32 HHS DAT 107 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Apau Jacdoro dos Santos

DATA: 06/04/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO 3201

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL DATA

CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA

DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. CRURAMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VAS AERIAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE Bucal: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOOR INSPIRATORIAL: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () CURTINHO () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () DISTÚRCIO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESCOLOCADA

() MODALIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AERIAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() MANUTER VAS ATREZ PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE / H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS / OT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR REFUZO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR COM TROLE HÍDRICO DE / H

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR BUENAS

() LAVAR RES DUO GÁSTRICO ANTES DA

() VERIFICAR CISTENSO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEÇÃO DA

() MANUTER JEJUNO A PARTIR PAS / H

() REALIZAR DEIXO / HORAS

() ENCAMINHAR AO DIÁRIO DE ASPIRÇÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR ANÁLISE DE RISCO

() REALIZAR CUIDADO DE CUIDADO

() REALIZAR CUIDADO DIÁRIO

() PREPARAR PARA CUIDADOS ENO

() REALIZAR HIGIENE DE COMPORTO

() ESTABELECE CUIDADO

() OBSERVAR E REGISTRAR

() OBSERVAR E REGISTRAR

() OBSERVAR E REGISTRAR

() OBSERVAR E REGISTRAR

() OBSERVAR E REGISTRAR

() OBSERVAR E REGISTRAR

() OBSERVAR E REGISTRAR

() OBSERVAR E REGISTRAR

COMPANHIA DE SANEAMENTO

PRIMA

COMPANHIA

ASSOCIAÇÃO FOMENTO E INOVAÇÃO

05/03/2017 02

Ref. Xuxi Gueixon, mudanças SSU
e criação de regras e avaliação
do trabalho.

Revisão
do EMBRAS

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO:

DATA / HORA

TARDE:

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO-TIC ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO:

DATA / HORA

NOTES:

NOTES:

DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO-TIC ENFERMEIRO:

Revisão em meados de 2017, para avaliar
conhecimento

Revisão
do EMBRAS

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO-TIC ENFERMEIRO:

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	15/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN				SN
6	TRAMAL 100mg + 5F 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				Ratins
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				30
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Is 14 horas Dor do 157 mg/dl de...

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E	Prescrição
6 H	120x90	72	36.7	+	+	8.2 mg/dl
12 H	140x90	93	37.0	+	+	
18 H	130x90	80	36.5	+	+	
24 H	130x80	76	36.1	+	-	

Narciso Carlos Campos
Aval. Enfermagem
Contra-RR 000.457.008 AE

Outro 233

Marcelo V. Alves de...
Fórmula de...
CORREÇÃO...

...
...
...
...

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Tiago dos Santos

HO

DATA: 02/04/19

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

309

* ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA:

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL?

1- FEMINENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
POPULAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () SUPLENTE () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚNIMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
ALHA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÃO/ HÍGIENE/ PRECÍDUOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉRIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

DIAGNÓSTICO


() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBTURACÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEIMAS
() AUTOTESTIMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() Desequilíbrio
() CONFIORTO PREJUDICADO
() URGENTE CUIDADO DE MANUTENÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANUTER CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TDT ____
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIMAS ALÉGICAS
() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA DIETA
() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFIORTO
() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
MANHÃ	DATA	HORA	MANHÃ	DATA	HORA
<p>TARDE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>ASS. E CARIÍMBO-ENFERMEIRO: _____</p>			<p>Paciente no leito consciente. Orientado no momento S/ queixas no momento. S/ curativo M.E. Duas vezes no dia. Evacuações a T. a mona S/ acidez. Venoso. segue aus. oxibater</p> <p>Equipe fixada da Sítio Rocha</p> <p>Téc. Enfermagem: _____</p> <p>COREN-PR 551.943 ASS. E CARIÍMBO-TEC ENFERMAGEM: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p>		
<p>NOITE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p> <p>ASS. E CARIÍMBO-ENFERMEIRO: _____</p>			<p>Paciente no leito em estado de consciência. S/ queixas no momento. S/ curativo M.E. Duas vezes no dia. Evacuações a T. a mona S/ acidez. Venoso. segue aus. oxibater</p> <p>Equipe fixada da Sítio Rocha</p> <p>Téc. Enfermagem: _____</p> <p>COREN-PR 551.943 ASS. E CARIÍMBO-TEC ENFERMAGEM: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____</p>		

329

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC				HC
GOVERNO DE RORAIMA Ministério da Saúde		DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO		FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	16/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100mg + SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					OG
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SU
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Rolimo
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					AT
15	DEXTRO 8/8HS					200
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	Temp	D	F
SINAIS VITAIS					
6 H	124x80	72	37	+	0
12 H					
18 H	100x80	80	36,3	+	+
24 H	102x80	78	37,2	+	+

144
DXT = 250 mg/dl - o Recurso comegão de I.R.
22h 142 mg/dl
06h 83 mg/dl

[Handwritten signature]

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: Socor Teodoro dos Santos

Localização / Região		Localização / Região	
<p>DATA:</p> <p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>		<p>DATA:</p> <p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>	
<p>Etiologia</p> <p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>	
<p>Tamanho da Ferida:</p> <p>Comprimento _____ cm Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p>		<p>Comprimento _____ cm Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p>	
<p>Característica do Leito:</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>		<p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara</p>	
<p>Quantidade de Exsudato</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>		<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>	
<p>Tipo do exsudato:</p> <p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo</p>		<p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo</p>	
<p>Odor:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>		<p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	
<p>Localização da pele</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____</p>	
<p>Solução para limpeza</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
<p>Cobertura primária</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
<p>hora do curativo:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>		<p><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>	
<p>Data da Próxima troca:</p> <p>em caso de + de 24hs</p>		<p>01- _____ 02- _____</p>	
<p>Colimbo e ass. rec. em Enfermagem</p> <p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</p> <p>OBS:</p>		<p>OBS:</p>	


NOME: Sônia Roberto dos Santos

HD

DATA: 08/04/93 SEXO: (F) F IDADE: 39 ANOS

PESO: 39 KG. LEITO: 393

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilibrada <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> RISCO PARA QUEDAS <input type="checkbox"/> AUTOESTIMA PERTURBADA <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DÉFICIT DO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEBITO GASTRICO DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> OUTROS:		<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6</u> / <u>6</u> H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECERA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TOT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>2</u> / <u>8</u> H <input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. <input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS <u>2</u> / <u>8</u> HORAS <input type="checkbox"/> REALIZAR DEBITO <u>2</u> / <u>8</u> HORAS <input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTOCUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>2</u> / <u>8</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EMI <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLENCIA A ATIVIDADE FÍSICA. <input type="checkbox"/> OUTROS:	
SONDAS NASOGÁSTRICA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DATA: _____ SONDAS NASOENTERAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: _____ DRENOS? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAL? _____ IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____ 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CASCARAS PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA OBS: _____ TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO: _____ EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO ROR INSPIRATÓRIA: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS: _____ HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA APARELHO CARDIOVASCULAR: _____ RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ APARELHO GASTROINTESTINAL: _____ APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () ACUDO () VNG PALPARE ELIMINAÇÕES: URINÁRIAS: <u>2</u> / <u>8</u> NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MULTA FECAIS: <u>2</u> / <u>8</u>									

MARCA: _____
 FOLHA Nº _____ DO ENFERMEIRO
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h

Paciente admitido com queixa de dor
 na região abdominal, náuseas e vômitos. Sono
 preservado. Observado hemorragia por
 gastroscopia. Resposta de 12 pontos de curatela
 na região. Sem infecção.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h
 TARDE:

MARCA: _____
 FOLHA Nº _____ DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h

Paciente em sono profundo. Curatela mantida
 estável. Presença de curatela estável
 na região.

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h
 TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h
 TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h
 TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h
 TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
 DATA: 02/04/2011 HORA: 14h
 TARDE:

Realizado os curativos de enfermagem
 na região.

DEBENITO
 000-432410

043-005-76

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	17/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				Manter
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspense
5	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SUSPENSO
6	TRAMAL 100mg +SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20.
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ALGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA					
Dr. Elder Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RR					
SINAIS VITAIS		Ta		P G	
6 H	140x90	70	36.0	+	-
12 H	144x66	90	36.5	+	+
18 H	Ausente ao leito				
24 H	110x80 85 36.3° + +				

22h
DXT= 161 mg/dl
06h DEXTRO 120 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sônia de Jesus dos Santos

DATA: 08/04/15

SEXO: M () F

PESO 50 KG.

LEITO 309

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()			



SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: 08/04/15
 SONDAGEM? SIM () NÃO () QUAL? 01 DATA: 08/04/15
 IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRAÇÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU II GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: N CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: N NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: N NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: N PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
 ORS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: N EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: N AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

N HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMA () HIPERTERMA () HIPOTERMA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSSÃO PERIFÉRICA: N NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: N NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FRACCO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIBRANTE

INVESTIGAÇÕES/AUSCULTAÇÃO/PERCUSSÃO: N NORMAL () DISTURBADA () TRANSFORMAÇÃO () INTELIGIDA

EXAME DE CONTINÊNCIA/CONTINÊNCIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () RISCO PARA EQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () PADRÃO
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DESLITAGEM PREJUDICADA
 () CONTORENTUÁRIO
 () DÉFICIT CARIÓTIPO PREJUDICADO
 () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6.6 h
 () MANUTER MONITORIZAÇÃO
 () MANUTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS /TOT
 () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA
 () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERÍSSO PERIFÉRICA
 () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 8 h
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA DIETA
 () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS 8 h
 () REALIZAR DEXTRO 8 / 8 HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 8 h
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES ENT
 () REALIZAR HIGIENE DE CONTORENT
 () ESTIMULAR DEAMULÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
 () OUTROS:

36. 2014-15

[illegible]

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA_____HORA_____

HORA

TARDE:

Faciente orientado sem queixas neu-
rológicas. Sem sinais de doença
sistêmica da equipe.

100-443611-100

443201

06-11-1974

ASS. E ÇARIMBO-TÉC ENFERMAÇEM:

DATA	HÖRRA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

HÖRJA

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO

DATA	HORA
1	10:00
2	10:05
3	10:10
4	10:15
5	10:20
6	10:25
7	10:30
8	10:35
9	10:40
10	10:45
11	10:50
12	10:55
13	11:00
14	11:05
15	11:10
16	11:15
17	11:20
18	11:25
19	11:30
20	11:35
21	11:40
22	11:45
23	11:50
24	11:55
25	12:00
26	12:05
27	12:10
28	12:15
29	12:20
30	12:25
31	12:30
32	12:35
33	12:40
34	12:45
35	12:50
36	12:55
37	13:00
38	13:05
39	13:10
40	13:15
41	13:20
42	13:25
43	13:30
44	13:35
45	13:40
46	13:45
47	13:50
48	13:55
49	14:00
50	14:05
51	14:10
52	14:15
53	14:20
54	14:25
55	14:30
56	14:35
57	14:40
58	14:45
59	14:50
60	14:55
61	15:00
62	15:05
63	15:10
64	15:15
65	15:20
66	15:25
67	15:30
68	15:35
69	15:40
70	15:45
71	15:50
72	15:55
73	16:00
74	16:05
75	16:10
76	16:15
77	16:20
78	16:25
79	16:30
80	16:35
81	16:40
82	16:45
83	16:50
84	16:55
85	17:00
86	17:05
87	17:10
88	17:15
89	17:20
90	17:25
91	17:30
92	17:35
93	17:40
94	17:45
95	17:50
96	17:55
97	18:00
98	18:05
99	18:10
100	18:15
101	18:20
102	18:25
103	18:30
104	18:35
105	18:40
106	18:45
107	18:50
108	18:55
109	19:00
110	19:05
111	19:10
112	19:15
113	19:20
114	19:25
115	19:30
116	19:35
117	19:40
118	19:45
119	19:50
120	19:55
121	20:00
122	20:05
123	20:10
124	20:15
125	20:20
126	20:25
127	20:30
128	20:35
129	20:40
130	20:45
131	20:50
132	20:55
133	21:00
134	21:05
135	21:10
136	21:15
137	21:20
138	21:25
139	21:30
140	21:35
141	21:40
142	21:45
143	21:50
144	21:55
145	22:00
146	22:05
147	22:10
148	22:15
149	22:20
150	22:25
151	22:30
152	22:35
153	22:40
154	22:45
155</	

HORA :

NOTES:

ASSOCIATION OF THE ENFERMAGEM

DATA _____ HORA _____

HORR


NOTES:

Package in a paper bag in
 good condition. Age. 2000
 Both sides with excellent
 condition of surface. (10)


ASS. E CARIMBO. ENFERMEIRO

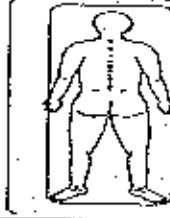
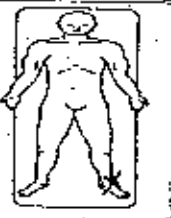
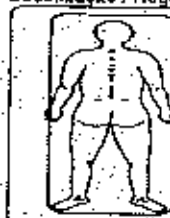

ASS. E CARINIBO-TÉC ENFERMAGEM

329

 <div style="text-align: right;">HC</div>																																									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC																																									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																																					
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS																																								
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO																																								
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA																																				
IDADE		LEITO	329	DATA	18/3/2019																																				
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO																																			
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SAH																																			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					MONTE																																			
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO																																			
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO																																			
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN																																			
6	TRAMAL 100mg +SF 0.9% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA					SN																																			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN																																			
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06																																			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SA																																			
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Rolima																																			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SA																																			
14	CURATIVO DIARIO					M																																			
15	DEXTRO 8/8HS					22 06																																			
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					20																																			
17																																									
18																																									
19																																									
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																																								
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																									
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS; FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA																																									
Dr. Elder Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1228/RR																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>P.A.</th> <th>P.C.</th> <th>F.R.</th> <th>TAX.</th> <th>D.</th> <th>F.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>124x81</td> <td>87</td> <td>18</td> <td>36</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>120x80</td> <td>85</td> <td>17</td> <td>36</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130x80</td> <td>90</td> <td>36</td> <td>2</td> <td>+</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>132x83</td> <td>84</td> <td>36</td> <td>2</td> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>							SINAIS VITAIS	P.A.	P.C.	F.R.	TAX.	D.	F.	6 H	124x81	87	18	36	+	+	12 H	120x80	85	17	36	+	+	18 H	130x80	90	36	2	+	-	24 H	132x83	84	36	2	+	-
SINAIS VITAIS	P.A.	P.C.	F.R.	TAX.	D.	F.																																			
6 H	124x81	87	18	36	+	+																																			
12 H	120x80	85	17	36	+	+																																			
18 H	130x80	90	36	2	+	-																																			
24 H	132x83	84	36	2	+	-																																			

18h Dextro 129 mg/dl
 22h Dextro = 186 mg/dl

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 10/04/19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região  	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade do Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo do exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	11/04/19		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	Valdo Cardoso da Silva Ass. em Enfermagem COREN - PR 000403547		01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sara Botelho de Sousa HD: _____

DATA: 20/04/13 SEXO: M () F () IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 329 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()		DATA: _____	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()		DATA: _____	



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____ DATA: _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA
OBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: ☒ EUPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
AUSCULTAÇÃO VESICULARES: () AUSCULTAÇÃO TOSSE: ☒ AUSCULTAÇÃO SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSCULTAÇÃO RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

☒ HIDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ☒ NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
RLHA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACUO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
GI: ☒ NORMAL () ANORMAL () PARALÍTIKA () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA

APARELHO GENITOURINÁRIO/ GINECOLOGIA

GENITÓRIOS: () NORMAIS () ANORMAIS () INFLAMATÓRIOS () INFECTADOS () OUTROS

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() INADEQUAÇÃO

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILIBRADA

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPÊUTICO

() DESORGANIZAÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOTESTIMULA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TQT

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DEXTRO / HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

() MANUTER AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____

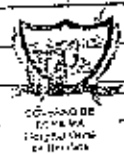
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		5x3h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		suspense
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		26
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Ratina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 M		SA
14	CURATIVO DIÁRIO		11
15	DEXTRO 8/8HS		24/26/26
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		20
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA		
	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:		
	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10		
	UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML		
	EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. M. J. S. Brito
 ORTOPEDISTA
 CRM 19744/R

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TA	D	E
6 H	111x76	84	15	77		
12 H	140x92	73	17	76	+	+
18 H	130x80	70	17	77	+	+
24 H	120x70	60	19	76	+	+

24h Dextro 8L mg/dl
 152 mg/dl
 150 mg/dl

Dr. Pedro D. Giovanini
 ORTOPEDISTA
 CRM 15.077 RORAIMA

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sara Helena dos Santos ID: _____

DATA: 11/04/13 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 309 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)			
DRENOS: SIM () NÃO (X)			



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO
FREQUÊNCIA: (X) NEUTRO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

- (X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
(X) CIANÓTICA () ACIANÓTICA (X) ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMINICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINuíDA
PULSO: (X) NORMAL () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: (X) NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: (X) NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NORMAL () DESNUTRIDO
N. H. A.: (X) AUSENTES () PRESENTES ARDOR: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENDRO () AGUDO () VÍCIO PALATÁVEL
SINGINGOS/ MÚLTIPLOS/ EPISÓDIOS: (X) NORMAL () VARIÁVEL () COM IRRITAÇÃO () PRELENHA

DIAGNÓSTICO

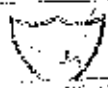
- () RISCO DE INFECÇÃO
(X) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
(X) TROCA GASOSA PREJUDICADA
(X) ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
(X) DESEQUILIBRADA
(X) IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE
(X) RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 2x6 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS 7/OT
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
(X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
(X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
(X) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
(X) ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 1 H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MAÇAIA:	DATA: 11/04 HORA: 10h	MAÇAIA:	DATA: 11/04 HORA: 15h
<p>Respirar no tubo, suco, com ventose Oxigênio 40% em AIA, oxigênio 50% Respirar oxigênio, ventose de 20% e Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50%</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: CORRENTINHA JOSEFA DATA: 11/04 HORA: 10h</p>	<p>Paciente orientado, bem queixoso, respirando 55% em AIA, suco e ventose de 20%.</p> <p>Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50%</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: CORRENTINHA JOSEFA DATA: 11/04 HORA: 15h</p>		
<p>NOTA:</p> <p>Respirar no tubo, suco, com ventose Oxigênio 40% em AIA, oxigênio 50% Respirar oxigênio, ventose de 20% e Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50%</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: CORRENTINHA JOSEFA DATA: 11/04 HORA: 10h</p>	<p>NOTA:</p> <p>Paciente em estado de consciência, bem queixoso, respirando 55% em AIA, suco e ventose de 20%.</p> <p>Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50% Respirar oxigênio e ventose 50%</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: CORRENTINHA JOSEFA DATA: 11/04 HORA: 15h</p>		

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	20/3/2019
	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				Oba
9	SIMEICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14/03/2019
15	DEXTRO 8/8HS				14/03/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				14/03/2019
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR:				
	(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU				
	GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV +				
	AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL
OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE,
DIARREIA, EUPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. [Signature]
[Stamp]

DIAS VITAIS	PA	FC	TA	TX	O	E
6 H	120x80	70	20	51	+	0
12 H	120x80	70	20	57	+	0
18 H	120x80	70	20	57	+	0
24 H	120x80	70	20	51	+	0

16 HS Dextro 125 mg

124 mg/kg

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

João Roberto dos Santos

HD

DATA:

30/04/93

SEXO: M () F

IDADE

PESO

Kg.

LEITO

323

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM ()	NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOENTERAL SIM ()	NÃO ()	DATA:	
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL?		



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÚDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NOCTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () PLURIFORME
PULSO: () NORMOCÁRICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
ALHA: () AUSENTE () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VAGO SENSÍVEL
ELABORAÇÃO/ÚLCERAS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

APARELHO GENITOURINÁRIO/DIURÉTICO

() NORMAL () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VAGO SENSÍVEL
() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

LESÕES

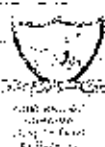
DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCIAZ
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSICA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
- () TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEIMAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEQUÊNCIA PREJUDICADA
- () CONSENT) PREJUDICADO
- () CECANO CA EFÍCIO DIMINUIDO
- () OUTROS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____/____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABEÇA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TQT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIMAS AÚGICAS
- () OBSERVAR PERÍSSO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____/____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA OLETA
- () MANTER JEIUM, A PARTIR DAS: ____ H
- () REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
- () REALIZAR CIRIATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>24:30 Paciente em situação estável, com bom nível de consciência, porém com alteração da percepção de tempo e espaço - insucesso em atividades de autocuidado - X - pendente avaliação da equipe de enfermagem para realização de testes neurológicos. Paciente em boas condições.</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>Realizado SSVV e Sd. Queixas de dor - segue com cuidados de enfermagem.</p> <p>Paciente em boas condições, com queixas de dor - segue com cuidados de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> <p>Alívio SSVV, segue bem.</p>	



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	21/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 03 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				ob
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratm
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 M				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	IDEXTRO 8/8HS				
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

COLIÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DILTA ORAL
OBLÍQUA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE,
TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	PA	EC	FR/TAX	D	F
6 H	128/82	74		+	+
12 H	110/80	87	36/6	+	+
18 H	140/100	82	36/3	+	-
24 H	140/90	84		+	-

Dr. João Teodoro Santos
Ortopedista e Traumatologista
CRM 15.155 TE

Dr. Fernando Di Geronimo
Ortopedista e Traumatologista
CRM 15.155 TE

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Yvone Frederico

DATA: 12/04/19 SEXO: () M () F IDADE: 350 PESO: 70 KG. LEITO: 350 HO

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS							
<p>CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ DATA: _____</p> <p>SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____</p> <p>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____</p> <p>SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____</p> <p>DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____</p> <p>IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES</p>		<p>1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO</p> <p>ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III</p> <p>CABEÇA PESCOLO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO</p> <p>PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA</p> <p>ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA</p> <p>ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA</p> <p>VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA</p> <p>OBS: _____</p>		<p>() RISCO DE INFECÇÃO</p> <p>() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ</p> <p>() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</p> <p>() TROCA GASOSA PREJUDICADA</p> <p>() ANSIEDADE</p> <p>() MEDO</p> <p>() ENFRENTAMENTO INEFICAZ</p> <p>() RISCO PARA NUTRIÇÃO</p> <p>() Desequilíbrio</p> <p>() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO</p> <p>() DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VAS AÉREAS</p> <p>() FADIGA</p> <p>() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</p> <p>() RISCO PARA Quedas</p> <p>() RISCO PARA LESÃO</p> <p>() AUTOESTIMA perturbada</p> <p>() DIARRÉIA</p> <p>() CONSTIPAÇÃO</p> <p>() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</p> <p>() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO</p> <p>() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO</p> <p>() DOOR</p> <p>() HIPOTERMIA</p> <p>() HIPERTERMIA</p> <p>() INTERFERÊNCIA DA PLE PREJUDICADA</p> <p>() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO</p> <p>() DEGRADUÇÃO PREJUDICADA</p> <p>() CONFORTO PREJUDICADO</p> <p>() RISCO CARDÍACO PREJUDICADO</p>		<p>() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS</p> <p>() REALIZAR CUIDADOS COM VAS</p> <p>() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____/H</p> <p>() MANTER MONITORIZAÇÃO</p> <p>() MANTER CABEÇA EM ELEVADA _____</p> <p>() ASPIRAR VAS 7/07</p> <p>() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA</p> <p>() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS</p> <p>() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA</p> <p>() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS</p> <p>() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____/H</p> <p>() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:</p> <p>() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS</p> <p>() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM</p> <p>() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL</p> <p>() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA</p> <p>() MANTER JEIUM A PARTIR DAS _____H</p> <p>() REALIZAR DEXTRO _____/H</p> <p>() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO</p> <p>() ORIENTAR AUTOCUIDADO</p> <p>() REALIZAR BANHO NO LEITO</p> <p>() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____/H</p> <p>() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO</p> <p>() PREPARAR PARA EXAMES EMI: _____</p> <p>() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO</p> <p>() ESTIMULAR TRANSAMBULAÇÃO</p> <p>() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA</p> <p>() OUTROS</p>	

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO

MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CLAMOTICA () ACAMOTICA () MACROCLAMOTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FLUXUANTE

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____

AVANÇO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DEPRIMIDO () INALIMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

RHINÉUS: () AUSENTES () PRESENTES

ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () RÍGIDO () MOLE

CLAVICULA: () NUTRICIONADA () NÃO

DIAPHRAGMA: () NORMAL () ABNORMAL () CONGRUO () INCONGRUO

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA

HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 13/04 HORA

13:14 - paciente estável e de boa evolução
 boa evolução até 15/04.

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

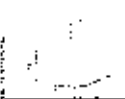
DATA

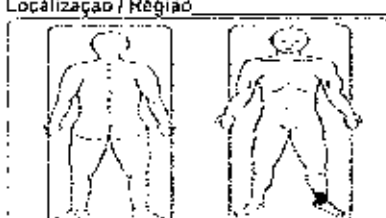
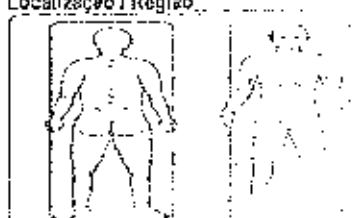
HORA

ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - TCM ENFERMAGEM

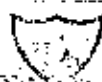
ASS. E CARIMBO - TCM ENFERMAGEM

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1 Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: 329	Data de Elaboração: Fevereiro / 2015
---	---	---	---

Nome: João Teodoro dos Santos			
DATA: 13.04.19 GRAU - I ESTAGIO - II	Localização / Região 	DATA: LI GRAU - I LI GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia Características da ferida Extensão da ferida Quantidade de Exsudato Tipo de exsudato: Dor: Odor: Condição da pele (perilesão): Solução para limpeza: Solução para proteção: Hora do curativo: Data da Próxima troca: Encasamento de 24hs: Anotações: Assinatura do Enfermeiro: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: OBS:	Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Cirúrgica Trauma Outra: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde: André Gomes Gonzaga Enfermeiro 01- 000.000.000-00 02- Assinatura do Enfermeiro: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: OBS:	Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética Neuropática Cirúrgica Trauma Outra: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde: 01- 02- Assinatura do Enfermeiro: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: OBS:	

Obs: documentos adaptados da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Contingency Solutions Program's.
 Os curativos em 0,9% na mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
ACRÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	22/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 90MG EV 12/12H				SUSPENSC
5	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06.
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				06.
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 M				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				06.
16	DEXTRO 8/8HS				06.
18	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				06.
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI F OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML. EV+ AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OBTIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	EC	TAX	O	E
6 H	111/85	80	32.2	1.8
12 H	130x80	77	36.6	1.8
18 H				
24 H	130/90	73	36	1.8

Glicemia 65 mg/dl

Dr. Pedro Di Girolami
CRM 12.345



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:	Jorge Roberto dos Santos			HD								
DATA:	23/02/14	SEXO:	M () F ()	IDADE:		PESO:		KG.	LEITO:	309	ALÉRGICO?	

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA:	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA:	
DRENOS?	SIM () NÃO ()	QUAL?	



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA/PESSOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIOGRÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TOXAX/EPITÚMEX/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOIR INSPIRATORIAL: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () MORTUÁRIO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
S.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
FLUNACÕES/MÚRMURUS/ESTÚDIOS: () NORMAL () ANORMAL () CONSTIPACÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/UTÉRUS

- | | | |
|--|--|---|
| () RISCO DE INFECÇÃO | () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ | () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS |
| () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | () TROCA GASOSA PREJUDICADA | () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE / H |
| () ANSIEDADE | () MEDO | () MANTER MONITORAÇÃO |
| () DIFERENCIAMENTO INEFICAZ | () RISCO PARA NUTRIÇÃO | () MANTER CABECEIRA ELEVADA |
| () RISCO PARA Quedas | () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | () ASPIRAR VAS /TOT |
| () RISCO PARA LESÃO | () DesequilíBRADA | () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA |
| () AUTOSTIMULA PERTURBADA | () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS |
| () DIARRÉIA | () DESDISTRUBUIÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA |
| () CONSTIPAÇÃO | () FADIGA | () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS |
| () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H |
| () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO | () RISCO PARA Quedas | () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. |
| () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | () RISCO PARA LESÃO | () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS |
| () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO | () DIARRÉIA | () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM |
| () DOR | () CONSTIPAÇÃO | () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL |
| () HIPOTERMIA | () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA |
| () HIPERTERMIA | () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO | () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: H |
| () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | () REALIZAR DEXTRO / HORAS |
| () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO | () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO | () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO |
| () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA | () DOR | () ORIENTAR AUTO CUIDADO |
| () CENÁRIO PREJUDICADO | () HIPOTERMIA | () REALIZAR BANHO NO LETO |
| () CENÁRIO CARDÍACO DIMINUIDO | () HIPERTERMIA | () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / H |
| () OUTROS | () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO |
| | () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO | () PREPARAR PARA EXAMES EM: |
| | () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA | () REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO |
| | () CENÁRIO PREJUDICADO | () ESTIMULAR DEAMBULACAO |
| | () CENÁRIO CARDÍACO DIMINUIDO | () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. |
| | () OUTROS | |

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p><i>Exame de laboratório realizado</i></p> <p><i>20/08/2019</i></p> <p><i>Enfermeiro</i></p>			
<p>ASS. E CARIÍPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIÍPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>	
<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p>	
<p>ASS. E CARIÍPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIÍPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>	
<p>NOTES:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>NOTES:</p> <p>DATA / HORA</p>	
<p><i>Paciente atendeu às suas necessidades básicas, sem queixas sobre cuidados de enfermagem.</i></p> <p><i>Em avaliação SSV + medicação para controle da hipertensão em conformidade.</i></p>		<p><i>Paciente atendeu às suas necessidades básicas, sem queixas sobre cuidados de enfermagem.</i></p> <p><i>Em avaliação SSV + medicação para controle da hipertensão em conformidade.</i></p>	
<p>ASS. E CARIÍPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIÍPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>	



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNZELO ESQUERDO				
PROFIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	23/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CETEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				suspensão
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	FRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR IN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				20
9	SIMFTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolap
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 M				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	DEXTRO 8/8HS				20
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10				
	UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML				
	EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL
DE LÍQUIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRI,
TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BÉG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SINAIS VITAIS	FC	TAX	FR	Dextro
6 H	120x80	74	36,8°	18
12 H	130x90	87	S/T	20
18 H	150x90	77	S/T	19
24 H	120x80	70	35,8°	20

Neideias V. Alves dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 603.655-1E

Leopoldina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943


Assinatura 183

As 14 153 mg/dL

Assinatura 183

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sara Sudo dos Santos HO: _____
 DATA: 26/04/13 SEXO: M (M) IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 325 • ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> TENDÊNCIA A ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTOSTÍMIA PERTURBADA <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DÉFICIT DO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DESALINHAMENTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> CONSCIENTE PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DÉFICIT CARDÍACO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> OUTROS:		<input type="checkbox"/> MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H <input type="checkbox"/> MANUTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANUTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /QT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> MANUTER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERÍSSO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>1</u> H <input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES <input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACERTADAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANUTER FEIJO A PARTIR DAS: <u>1</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u>1</u> HORAS <input type="checkbox"/> MANUTER BANHO AO BANHO DE ASPERSÃO <input type="checkbox"/> REALIZAR AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTROS	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDENA 7- AMPUTADA ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CÂNEGA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) FAVORÁVEL () PRECÁRIA OBS:									
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO MÚMBUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS (X) HÍDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () PERCUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLOPPE PULSO: () NOMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____									
APARELHO GASTROINTESTINAL APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VÍCIO SÁLVIO ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DURANTE () CONSTIPAÇÃO () MÍGIMA									
APARELHO GENITURINÁRIO/DUREZA: () NORMAL () DIMINUÍDA () AUMENTADA									

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 27/04/2014 HORA: 10:00

Paciente no 1º dia de vida, com evolução satisfatória. Evoluções em anexo. Com o uso de oxigênio, sem flutuações na respiração. Usando em dióxido de carbono 4% de O₂. 2000-2500 (+).

BRUNO S. SILVA
Enfermeiro

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA: 27/04/2014 HORA: 14:00

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 27/04/2014 HORA: 08:00

Paciente no 1º dia de vida, com evolução satisfatória. Evoluções em anexo. Com o uso de oxigênio, sem flutuações na respiração. Usando em dióxido de carbono 4% de O₂. 2000-2500 (+).

BRUNO S. SILVA
Técnico em Enfermagem

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

DATA: 27/04/2014 HORA: 14:00

Paciente com evolução satisfatória. Evoluções em anexo. Com o uso de oxigênio, sem flutuações na respiração. Usando em dióxido de carbono 4% de O₂. 2000-2500 (+).

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA: 27/04/2014 HORA: 22:00

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

DATA: 27/04/2014 HORA: 22:00

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

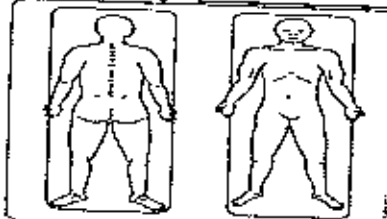
Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 15/04/19

Localização / Região



GRAU - I

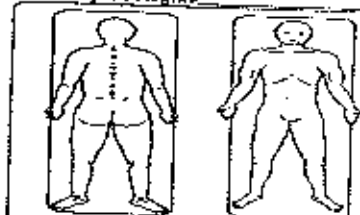
GRAU - II

DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☒ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor: ☒ Sim ☐ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☒ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:

hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: 16/04/19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- Valdo 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

329

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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
DIAGNÓSTICO	LEITO	329
DIAGNÓSTICO	DM2	DATA
DIAGNÓSTICO	NEGA	24/3/2019
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mante
3	CLFFPIME 1G EV 8/8H	suspensão
4	ILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENS	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSVV + CCOG 6/6 H	Rolima
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHC	SN
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	DEXTRO 8/8HS	
14	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUILIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. PULSADO, LIT, S.O.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

6:11 63 mg/dL

DATA	PA	FC	FR	T	D E
6 H	115/88	71	20	51T	+ 9
12 H	133/85	88	18	36°C	
18 H	sem do leito				
24 H	135/85	72	20	31T	

Geandina da Silva Rocha
Médica Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

14h -> Dextro 235 mg/dL
24h -> Dextro 235 mg/dL

América da Silva Rocha
Médica Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS BR

DATA: 88 / 05 / 19
SEXO: () M () F
IDADE
DESCO
RC
VOLUME 288

SEXO: M IDADE 32 PESO 70 KG. LEITO 329

• ALÉRGICO? N

- ALÉRGICO?

[illegible]

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGULIN

OME:

Cláudio Leonardo do Monte

HO:

F. Ribeiro da Silva

DATA:

SEXO: CM UF: BLOCO:

309

ÁREA DE CUIDADO		GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				
	4	3	2	1		
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	SOMATÓRIO	
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio		
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 3 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle de rotina (intervalos de 6 horas)		
Mobilidade	Incapaz de movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade em movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimentação todos os segmentos corporais		
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante		
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autossuficiente		
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral, realizados pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e /ou na higiene oral	Autossuficiente		
Eliminações	Evacuações no leito e uso de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente		
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas	E.V contínua ou através de SNG/SNE	E.V intermitente	IM ou V. O		
TOTAL:						

Classificação:

Cláudio Leonardo do Monte

Assinatura e carimbo do profissional:

Wendley Aguiar Coutinho
Enfermeiro
H-731 COREN - AM

Complexidade Assistencial Pontuação

Intensivo

Atenção de 31

Normalização

27,33

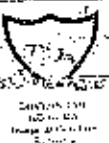
Atenção de 31

21,76

Atenção de 31

11,11

329

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC		HC	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO		FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	329	DATA	25/3/2019
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PLURIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIMÉ 1G EV 8/8h				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/8h SN				SN
6	IRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INICEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				6h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 h				Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHg				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				2x
16	DEXTRO 8/8HS				2x
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				2x
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OPERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LCE: REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	T	D	E	Dextro
SINAIS VITAIS						
6 H	138x76	65	36	+	+	62mg/dl corrigido
12 H	130x80	76	36.7	+	+	caso 7/8
18 H	130x80	74	36.6	+	+	
24 H	130x70	83	36.9	+	+	

16.1h Dextro 540 mg 1dl

Good morning dear Ganesh

1

23/19

IBADE

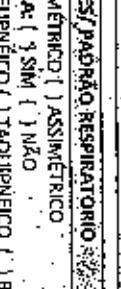
USED.

kg.

LEFEO

35

• **ALÉRGICO ?**

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS									
CATER CENTRAL SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____ CATER PERIFÉRICO SIM () NÃO () LOCAL _____ DATA _____ SONDA VESICAL SIM () NÃO () DATA _____ SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () DATA _____		SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO () DATA _____ DRENOS SIM () NÃO () QUAL? _____ IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTADA ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICAS ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA OBS: _____		() RISCO DE INFECÇÃO () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTANEA () TOCA GASOSA PREJUDICADA () ANSIEDADE () MEDO () ENFRENTAMENTO INEFICAZ () RISCO PARA NUTRIÇÃO () DESEQUILIBRADA () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO () DESTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS () FADIGA () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE () RISCO PARA Quedas () RISCO PARA LESÃO () AUTOESTIMA PERTURBADA () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO () DEFICIT DO AUTO CUIDADO () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO () DOR () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () INTEGRIDADE DA PEP PREJUDICADA () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO () DEFICIT DO SONO PREJUDICADO () DEFICIT DO SONO PREJUDICADO () OBJETIVO CARDIACOPULMONAR PREJUDICADO () OUTROS: _____		() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H () MANter MONITORIZAÇÃO () MANter CABEÇA ELEVADA _____ () ASPIRAR VIAS /TQT _____ () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA () ATENDER PARA QUEIXAS ÁGICAS () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS () OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS () REALIZAR CONTROLE HÍBRICO DE _____ H () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL () ESTIMULAR E REGISTRAR ACETÇÃO DA DIETA () MANter JEJUM A PARTIR DAS _____ H () REALIZAR DENTRO _____ HORAS () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO () ORIENTAR AUTOCUIDADO () REALIZAR BANHO NO LEITO () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO () PREPARAR PARA EXAMES: EM () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA () OUTROS: _____			

Thank you very much
for the money
I have received
and the
kind words
you have written
me.

CONFIDENTIAL

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CURRIMBO-TÉC. ENFERMAGEM

14-15 -> extra. either can justify also ok
 23-5 arriving fall - 2 possible reasons
 1. malnutrition - 2. overcast
 3. water shortage
 4. food not in the water
 5. too hot
 6. over

ASS. E CARIÓTIPO-ENFERMEIRO

ASS. E CANIMBO - 116 ENT. PRIMAVERA

Def und histo lokal
phie. Osten & medicea
Kane Co. und
da. Juchmosen

A 6th fascicle containing Eulimnada
 cf. *Glicimnida* Caplan 63 and *Heister*
lyfiae 5075. Eulimnada a common ally

ASS. G. LAMBO - ENFERMEIR

ASS. E. CORNELL
Jed Pressman
CORNELL 6610



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	26/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				2x 06
15	DEXTO 8/8HS				20 NTF
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Indicando para observação

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS PA	FE	KOX	D	E	DXT	
6 H	100x70	84	36°	+	-	06
12 H	140x80	73	36,8°C	+	+	34
18 H						22
24 H	108x70	73	36,5°C			485 mg/dl

ferro
glicose
cpm
TCC - 02/04

Obs: Pac. com difícil acesso venoso!

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO TEODORO DOS SANTOS ID: 11111111-000000000000

DATA: 25/03/19 SEXO: M () F () IDADE: 329 PESO: 70 KG. LEITO: 329 ALÉRGICO? NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		LESÕES	
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____		
SONDA VESICAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____		
SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ DATA: _____			
DRENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAL? _____ DATA: _____			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒ LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () ISÓTICAS () ANISÓTICAS () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PÉRIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: ☒ FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOBR INSPIRATÓRIA: () SIM ☒ NÃO

FREQUÊNCIA CARDÍACA: ☒ TAQUICARDIA () BRADICARDIA () DISRÍTMICA
MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

☒ HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDIA () RUBORIZADA () ICTERICIA
TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () INTUBADO () DESINTUBADO

RUA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO
ESPOONTEIA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVT () UMAP () CONCENTRADA
URINÁRIA () EQUÍVACA () OUGRUA () POLÍDIA () DISTÚRIA () LAMBRUA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INEÇÃO	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE	() MEDO
() ENFRAQUECIMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() RISCO PARA INEÇÃO	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() TERAPIA INEFICAZ
() TERAPIA INEFICAZ	() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA	() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas	() AUTOSTÍMULA PERTURBADA
() DIARRÉIA	() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR	() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA	() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO	() DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRIAS	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H	() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA	() ASPIRAR VIAS /TQT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS	() OBSERVAR PERCUSSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRIOS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 6/6 H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTAR ELIMINAÇÕES	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() REGISTRAR ACETABLAÇÃO DA DIETA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES ENI	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	() OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS	

Assinatura: _____

Paciente estável sem sinais vitais alterados. Sem desconforto na respiração. Sem febre. Não há sinais de desidratação nem de congestão pulmonar. Hemodinâmica estável.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

TARDE:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

Paciente em estado de consciência. Não há sinais de desidratação nem de congestão pulmonar. Hemodinâmica estável.

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

TARDE:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

Paciente em estado de consciência. Não há sinais de desidratação nem de congestão pulmonar. Hemodinâmica estável.

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

NOITE:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

NOITE:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

Paciente em estado de consciência. Não há sinais de desidratação nem de congestão pulmonar. Hemodinâmica estável.

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA: 10/03/19 HORA: 12:00

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:


100



12

- **ALLERGICO?**

IFSCES

[illegible]

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - IIC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: <u>329</u>		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
Data: <u>27/03/19</u> Local: <u>LAAT-1</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Fisiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> muito, abundante	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> muito, abundante
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Localização da pele: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito <input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:59</u> <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de I de 24hs 01- <u>27/03/19</u> 02- <u>28/03/19</u> 03- <u>29/03/19</u> 04- <u>30/03/19</u> 05- <u>31/03/19</u> 06- <u>01/04/19</u> 07- <u>02/04/19</u> 08- <u>03/04/19</u> 09- <u>04/04/19</u> 10- <u>05/04/19</u> 11- <u>06/04/19</u> 12- <u>07/04/19</u> 13- <u>08/04/19</u> 14- <u>09/04/19</u> 15- <u>10/04/19</u> 16- <u>11/04/19</u> 17- <u>12/04/19</u> 18- <u>13/04/19</u> 19- <u>14/04/19</u> 20- <u>15/04/19</u> 21- <u>16/04/19</u> 22- <u>17/04/19</u> 23- <u>18/04/19</u> 24- <u>19/04/19</u> 25- <u>20/04/19</u> 26- <u>21/04/19</u> 27- <u>22/04/19</u> 28- <u>23/04/19</u> 29- <u>24/04/19</u> 30- <u>25/04/19</u> 31- <u>26/04/19</u> 32- <u>27/04/19</u> 33- <u>28/04/19</u> 34- <u>29/04/19</u> 35- <u>30/04/19</u> 36- <u>01/05/19</u> 37- <u>02/05/19</u> 38- <u>03/05/19</u> 39- <u>04/05/19</u> 40- <u>05/05/19</u> 41- <u>06/05/19</u> 42- <u>07/05/19</u> 43- <u>08/05/19</u> 44- <u>09/05/19</u> 45- <u>10/05/19</u> 46- <u>11/05/19</u> 47- <u>12/05/19</u> 48- <u>13/05/19</u> 49- <u>14/05/19</u> 50- <u>15/05/19</u> 51- <u>16/05/19</u> 52- <u>17/05/19</u> 53- <u>18/05/19</u> 54- <u>19/05/19</u> 55- <u>20/05/19</u> 56- <u>21/05/19</u> 57- <u>22/05/19</u> 58- <u>23/05/19</u> 59- <u>24/05/19</u> 60- <u>25/05/19</u> 61- <u>26/05/19</u> 62- <u>27/05/19</u> 63- <u>28/05/19</u> 64- <u>29/05/19</u> 65- <u>30/05/19</u> 66- <u>31/05/19</u> 67- <u>01/06/19</u> 68- <u>02/06/19</u> 69- <u>03/06/19</u> 70- <u>04/06/19</u> 71- <u>05/06/19</u> 72- <u>06/06/19</u> 73- <u>07/06/19</u> 74- <u>08/06/19</u> 75- <u>09/06/19</u> 76- <u>10/06/19</u> 77- <u>11/06/19</u> 78- <u>12/06/19</u> 79- <u>13/06/19</u> 80- <u>14/06/19</u> 81- <u>15/06/19</u> 82- <u>16/06/19</u> 83- <u>17/06/19</u> 84- <u>18/06/19</u> 85- <u>19/06/19</u> 86- <u>20/06/19</u> 87- <u>21/06/19</u> 88- <u>22/06/19</u> 89- <u>23/06/19</u> 90- <u>24/06/19</u> 91- <u>25/06/19</u> 92- <u>26/06/19</u> 93- <u>27/06/19</u> 94- <u>28/06/19</u> 95- <u>29/06/19</u> 96- <u>30/06/19</u> 97- <u>01/07/19</u> 98- <u>02/07/19</u> 99- <u>03/07/19</u> 100- <u>04/07/19</u> 101- <u>05/07/19</u> 102- <u>06/07/19</u> 103- <u>07/07/19</u> 104- <u>08/07/19</u> 105- <u>09/07/19</u> 106- <u>10/07/19</u> 107- <u>11/07/19</u> 108- <u>12/07/19</u> 109- <u>13/07/19</u> 110- <u>14/07/19</u> 111- <u>15/07/19</u> 112- <u>16/07/19</u> 113- <u>17/07/19</u> 114- <u>18/07/19</u> 115- <u>19/07/19</u> 116- <u>20/07/19</u> 117- <u>21/07/19</u> 118- <u>22/07/19</u> 119- <u>23/07/19</u> 120- <u>24/07/19</u> 121- <u>25/07/19</u> 122- <u>26/07/19</u> 123- <u>27/07/19</u> 124- <u>28/07/19</u> 125- <u>29/07/19</u> 126- <u>30/07/19</u> 127- <u>31/07/19</u> 128- <u>01/08/19</u> 129- <u>02/08/19</u> 130- <u>03/08/19</u> 131- <u>04/08/19</u> 132- <u>05/08/19</u> 133- <u>06/08/19</u> 134- <u>07/08/19</u> 135- <u>08/08/19</u> 136- <u>09/08/19</u> 137- <u>10/08/19</u> 138- <u>11/08/19</u> 139- <u>12/08/19</u> 140- <u>13/08/19</u> 141- <u>14/08/19</u> 142- <u>15/08/19</u> 143- <u>16/08/19</u> 144- <u>17/08/19</u> 145- <u>18/08/19</u> 146- <u>19/08/19</u> 147- <u>20/08/19</u> 148- <u>21/08/19</u> 149- <u>22/08/19</u> 150- <u>23/08/19</u> 151- <u>24/08/19</u> 152- <u>25/08/19</u> 153- <u>26/08/19</u> 154- <u>27/08/19</u> 155- <u>28/08/19</u> 156- <u>29/08/19</u> 157- <u>30/08/19</u> 158- <u>31/08/19</u> 159- <u>01/09/19</u> 160- <u>02/09/19</u> 161- <u>03/09/19</u> 162- <u>04/09/19</u> 163- <u>05/09/19</u> 164- <u>06/09/19</u> 165- <u>07/09/19</u> 166- <u>08/09/19</u> 167- <u>09/09/19</u> 168- <u>10/09/19</u> 169- <u>11/09/19</u> 170- <u>12/09/19</u> 171- <u>13/09/19</u> 172- <u>14/09/19</u> 173- <u>15/09/19</u> 174- <u>16/09/19</u> 175- <u>17/09/19</u> 176- <u>18/09/19</u> 177- <u>19/09/19</u> 178- <u>20/09/19</u> 179- <u>21/09/19</u> 180- <u>22/09/19</u> 181- <u>23/09/19</u> 182- <u>24/09/19</u> 183- <u>25/09/19</u> 184- <u>26/09/19</u> 185- <u>27/09/19</u> 186- <u>28/09/19</u> 187- <u>29/09/19</u> 188- <u>30/09/19</u> 189- <u>01/10/19</u> 190- <u>02/10/19</u> 191- <u>03/10/19</u> 192- <u>04/10/19</u> 193- <u>05/10/19</u> 194- <u>06/10/19</u> 195- <u>07/10/19</u> 196- <u>08/10/19</u> 197- <u>09/10/19</u> 198- <u>10/10/19</u> 199- <u>11/10/19</u> 200- <u>12/10/19</u> 201- <u>13/10/19</u> 202- <u>14/10/19</u> 203- <u>15/10/19</u> 204- <u>16/10/19</u> 205- <u>17/10/19</u> 206- <u>18/10/19</u> 207- <u>19/10/19</u> 208- <u>20/10/19</u> 209- <u>21/10/19</u> 210- <u>22/10/19</u> 211- <u>23/10/19</u> 212- <u>24/10/19</u> 213- <u>25/10/19</u> 214- <u>26/10/19</u> 215- <u>27/10/19</u> 216- <u>28/10/19</u> 217- <u>29/10/19</u> 218- <u>30/10/19</u> 219- <u>31/10/19</u> 220- <u>01/11/19</u> 221- <u>02/11/19</u> 222- <u>03/11/19</u> 223- <u>04/11/19</u> 224- <u>05/11/19</u> 225- <u>06/11/19</u> 226- <u>07/11/19</u> 227- <u>08/11/19</u> 228- <u>09/11/19</u> 229- <u>10/11/19</u> 230- <u>11/11/19</u> 231- <u>12/11/19</u> 232- <u>13/11/19</u> 233- <u>14/11/19</u> 234- <u>15/11/19</u> 235- <u>16/11/19</u> 236- <u>17/11/19</u> 237- <u>18/11/19</u> 238- <u>19/11/19</u> 239- <u>20/11/19</u> 240- <u>21/11/19</u> 241- <u>22/11/19</u> 242- <u>23/11/19</u> 243- <u>24/11/19</u> 244- <u>25/11/19</u> 245- <u>26/11/19</u> 246- <u>27/11/19</u> 247- <u>28/11/19</u> 248- <u>29/11/19</u> 249- <u>30/11/19</u> 250- <u>01/12/19</u> 251- <u>02/12/19</u> 252- <u>03/12/19</u> 253- <u>04/12/19</u> 254- <u>05/12/19</u> 255- <u>06/12/19</u> 256- <u>07/12/19</u> 257- <u>08/12/19</u> 258- <u>09/12/19</u> 259- <u>10/12/19</u> 260- <u>11/12/19</u> 261- <u>12/12/19</u> 262- <u>13/12/19</u> 263- <u>14/12/19</u> 264- <u>15/12/19</u> 265- <u>16/12/19</u> 266- <u>17/12/19</u> 267- <u>18/12/19</u> 268- <u>19/12/19</u> 269- <u>20/12/19</u> 270- <u>21/12/19</u> 271- <u>22/12/19</u> 272- <u>23/12/19</u> 273- <u>24/12/19</u> 274- <u>25/12/19</u> 275- <u>26/12/19</u> 276- <u>27/12/19</u> 277- <u>28/12/19</u> 278- <u>29/12/19</u> 279- <u>30/12/19</u> 280- <u>31/12/19</u>	01- <u>Elton CP</u> <u>Bonifácio - 944-60670</u>	01- <u>Elton CP</u> <u>Bonifácio - 944-60670</u>	01- <u>Elton CP</u> <u>Bonifácio - 944-60670</u>



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO

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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA	27/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14
15	DEXTRO 8/8HS				14 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				06
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

SOLICITO EXAME RADIOLÓGICO H/V

SOLICITO RX CARPUS + WRAX

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1928/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	12/80	80	18	36.4°		
12 H	14/80	78	17	36.7°	+	+
18 H						
24 H	14/80	90	17	36.7°		

antes

90 mg/10L

Residência
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1928/RR

* Paciente recebeu
insulina regular
10 UI - C/M.
pela Clínica de Apoio
Farmacológico



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 329

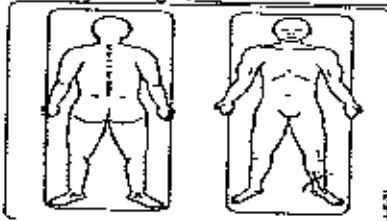
Nome: João Tessoro dos Santos

DATA:

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

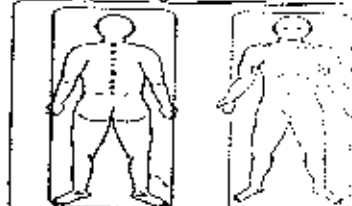


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com estacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☒ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

28/03/19

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01- Tatiana

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

01-

02-

OBS:

OBS:

SAB-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE

NOME Sônia Luciano dos Santos ID

DATA: 27/03/88

SEXO: M () F IDADE: _____

PESO: _____

KG: _____

LEITO: 328

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
--------------------------	--------	-------------	--------------------------

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		() RISCO DE INFECÇÃO	() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS
--------------------------------	--	-----------------------	---------------------------------

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO <u>X</u> LOCAL: _____ DATA: _____		() PACIFIC RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
--	--	-----------------------------------	--------------------------------

CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO <u>X</u> LOCAL: _____ DATA: _____		() INCOMPETÊNCIA DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>66</u> H
---	--	--	--

SONDA VESICAL: SIM () NÃO <u>X</u> DATA: _____		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANUTER MONITORIZAÇÃO
---	--	------------------------------	---------------------------

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO <u>X</u> DATA: _____		() ASPIRAÇÃO PREJUDICADA	() MANUTER CABEÇA ELEVADA
--	--	---------------------------	----------------------------

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <u>X</u> DATA: _____		() RISCO DE INFEÇÃO	() ASPIRAR VIAS /TOT
---	--	----------------------	-----------------------

DRENAGEM: SIM () NÃO <u>X</u> QUAL: _____ DATA: _____		() ENFERMAGEM O INEFICAZ	() VERIFICAR SINAIS DE CONSCIENTIA
--	--	---------------------------	-------------------------------------

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES		() RISCO PARA ALIMENTAÇÃO	() ATENDER PARA NAUSEAS E VÔMITOS
--------------------------	--	----------------------------	------------------------------------

1- FERIMENTO 2- TUBAÇÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO		DESEQUILIBRADA	() OBSERVAR PERIÚRSIS PERIFÉRICA
---	--	----------------	-----------------------------------

CABEÇA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <u>X</u> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III		() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
---	--	--	-------------------------------------

NÍVEL DE CONSCIENTIA: <u>N</u> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO		() INTELIGÊNCIA E ATIVIDADE	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
--	--	------------------------------	--

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA		() RISCO PARA QUEIMAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EMINAÇÕES
--	--	------------------------	---

ACUIDADE VISUAL: <u>N</u> NORMAL () DIMINuíDA		() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EMINAÇÕES
--	--	--	---

VIAS AÉREAS SUPERIORES: <u>N</u> PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS		() FADIGA	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
---	--	------------	----------------------------------

OBRS:		() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO AJUS DA GAVAGEM
-------	--	------------------------------	--

TORAX E MEMBRANAS/ PADRÃO RESPIRATÓRIO		() RISCO PARA QUEIMAS	() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
--	--	------------------------	-----------------------------------

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO		() RISCO PARA LESÃO	() ESTIMULAR E REGISTRAR AÇÃO DA DIETA
---	--	----------------------	---

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM <u>N</u> NÃO		() AUTODESTIMA PERTURBADA	() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
--	--	----------------------------	--

FREQUÊNCIA CARDÍACA: <u>N</u> EUNÚMICO () BRADIPNICO () DISRÍTMICO		() DIARREIA	() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
--	--	--------------	---------------------------------

MURMÚRIOS VISCERAIS: () AUSENTES () PRESENTES		() CONSTRIÇÃO	() PREVENIR AOB BAHNO DE ASPIRAÇÃO
---	--	----------------	-------------------------------------

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS		() RISCO PARA CUSTODIAÇÃO	() ORIENTAR AUTO-CUIDADO
---	--	----------------------------	---------------------------

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:		() DÉFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
----------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------

CLADÍSTICA: () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA		() COMUNICAÇÃO VERBAL	() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
---	--	------------------------	--

TEMPERATURA DA PELE: <u>N</u> NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA		() PREVENÇÃO	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
---	--	---------------	------------------------------

APRESENTAÇÃO DAS VASCULATURAS:		() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
--------------------------------	--	---------------------------------	------------------------------

ATIVO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()		() DCAR	() REALIZAR HIGIENE DE CONTO
---	--	----------	-------------------------------

PERFUSÃO PERIFÉRICA: <u>N</u> NORMAL () DIMINUIDA		() HIPOTERMIA	() OBSERVAR E REGISTAR FICHA DA ATIVIDADE FÍSICA
--	--	----------------	---

PULSO PERIFÉRICO: () ARTERIAL () ARRÁTMICO () FIBRILANTE		() HIPERTERMIA	() CUIDAR
---	--	-----------------	------------

PULSO: () EXISTENTE () INEXISTENTE () TACQUICARDIA () BRADICÁRDIA () FIBRILANTE		() INTELIGÊNCIA E ATIVIDADE	() CUIDAR
--	--	------------------------------	------------

LOCAL DO CUIDADO:		() PACOADO DO LOMO PREJUDICADO	() CUIDAR
-------------------	--	---------------------------------	------------

ALIMENTAÇÃO/COMESTIBILIDADE:		() DEFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() CUIDAR
------------------------------	--	-------------------------------	------------

APETITE: <u>N</u> NORMAL () DEPRIMIDO () AUMENTADO		() DEFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() CUIDAR
--	--	-------------------------------	------------

RUA: () NORMAL () PRETENSIVO ABDOMINAL () FLACIDO () DISTENDIDO		() DEFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() CUIDAR
---	--	-------------------------------	------------

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () PRESUTRIDO		() DEFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() CUIDAR
--	--	-------------------------------	------------

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () PRESUTRIDO		() DEFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() CUIDAR
--	--	-------------------------------	------------

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () PRESUTRIDO		() DEFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() CUIDAR
--	--	-------------------------------	------------

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () PRESUTRIDO		() DEFICIT DO AJUSTE CUIDADO	() CUIDAR
--	--	-------------------------------	------------

27/2/2009

ALBERT EINSTEIN FOUNDATION
1067105 11/1/2000

DATE / / HOURS

DATA / HOSEA

DATA	HORA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

DATA: 25 HORAS: 00

100

to give the

2011

—Lillian M. Jones



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

329
HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

329

DATA

28/3/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL PARA DM E HAS

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFEPIME 1G EV 8/8H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

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

7

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

8

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

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

14

CURATIVO DIÁRIO

15

DEXTRO 8/8HS

16

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA


Dr. Adler Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

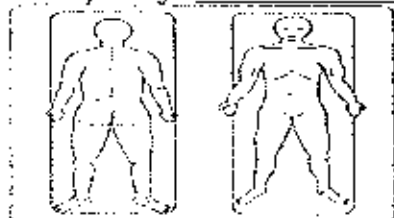
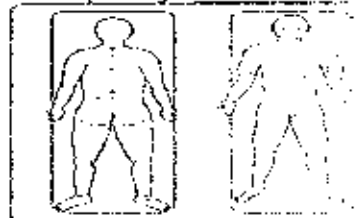
	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	108x78	73	20	36.8	+	0
12 H	130x80	75	17	36	+	+
18 H	130x80	82	20	36.8	+	-
24 H	126x82	74		36.2	+	0

Teodina da Silva Rocha

Téc. Radiologia

CRM-RR 551.943

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº I	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos				
DATA: 28/03/19 GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 		DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Patologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Outra: Ficção		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Doir	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:43 <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: A cada _____ de 24hs	29/03/19			
Carimbo e Assinatura em Enfermagem	01- Elenir CRM 947-956		01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:			OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva'ec, Soluções Práticas.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Severo Sudoano

HD

DATA: 28/03/13 SEXO: M () F IDADE: _____

PESO

KG

LENTO

328

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

SIM () NÃO () LOCAL DATA

CATETER CENTRAL

CATETER PERIFÉRICO SIM () NÃO () LOCAL DATA

SONDA VESICAL SIM () NÃO () DATA

SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () DATA

SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO () DATA

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? DATA?

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - G - EDEMA 7. AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERGA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: N NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: N NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: N PÉLVICAS () OSTRUDIDAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TOXAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM N NÃO FREQUÊNCIA: () TAQUIPNEICA () BRADIPNEICA () DISPNEICA

MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES + SECA () EXPECTORAÇÃO

PULSOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () ROMBOS () ESTRIPISES () SÍNTOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

N HIGIATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () MUCOSADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

TEMPERATURA DA PELE: N EQUILIBRADA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

ABRILHO CARDIOVASCULAR

SITIO CARDIACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()

PULSAÇÃO PERIFÉRICA: N NORMAL () DIMINUIDA

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

TIPO DE PULSAÇÃO: () REGULAR () IRREGULAR ()

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCA PACIDADE DE MANUTER

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() INCONTINÊNCIA

() INCONTINÊNCIA

() INCONTINÊNCIA

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESQUILIBRADA

() INCONTINÊNCIA DE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPIA

() CESSAÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA Quedas

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() RISCO

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉLVICAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINAIS VITAS DE 6/6 H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TO

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENDER PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFERICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉLVICOS

() REALIZAR CONTROLE FÍSICO DE 6/6 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

() ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

() GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR O REG STAR ACEITAÇÃO DA

() DIETA

() MANUTER JEJUNO A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DEVEJO _____ HORAS

() ORIENTAR AO CUIDADO DE ASPIRAÇÃO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() PREPARAR E ASPIRAR VAS

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

() REALIZAR CUIDADO NO LITO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

Paciente estável, lucido, comunicativo. Evoluções satisfatórias com melhora da mobilidade. Sem febre, tosse, dor de garganta. Sem vômitos, diarreia ou prisão de ventre.

Elisa F. de Jesus
Enfermeira
CREN-PR 030.091-16

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
DATA: / HORA:

TARDE:

MANHÃ:

Paciente em quiescência física. Realizado SSV com. Segue em cuidados de enfermagem.

Guilherme de Jesus
Técnico em Enfermagem
CREN-PR 030.091-16

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

TARDE:

Paciente continua malgrado SSV e medicação. Segue em cuidados de enfermagem.

Guilherme de Jesus
Técnico em Enfermagem
CREN-PR 030.091-16

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM:
DATA: / HORA:

NOITE:

Paciente no leito, comunicativo. Orientado no momento. Segue em cuidados de enfermagem. Sem febre, tosse, dor de garganta. Sem vômitos, diarreia ou prisão de ventre.

Guilherme de Jesus
Técnico em Enfermagem
CREN-PR 030.091-16

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:
DATA: / HORA:

NOITE:

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA 29/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		8h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 8/6 H		Rodina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		3x/dia
15	DEXTRO 8/8HS		20mg
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		20mg
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DXT
SINAIS VITAIS							
6 H	130x80	75	-	36°C	+	0	304mg/dl
12 H	130x80	90	17	36.6°C	+	0	
18 H	Def. de Funcionamento.						
24 H	100x60	77		36.5°C	+	+	

14h Dextro 192 mg/dl
22 Dextro 250 mg/dl

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENTORNO GEM - HOSPITAL DAS CLINICAS

ID

NOME DO PACIENTE: JOÃO CARLOS DOS SANTOS

RESO

KG

LEITO

299

ALÉRGICO?

DATA: 28/03/89 SEXO: (M) M RAÇA: BR

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

CATETER CENTRAL

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

CATETER PERIFÉRICO

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

SONDA VESICAL SIM () NÃO ()

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO ()

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. AERIASO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

CABEÇA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE ()

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE ()

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS

SIM () NÃO () LOCAL

DATA

OBST.

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() INADEQUAÇÃO

() ENFRAQUECIMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() Desequilíbrio

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPEÚTICO

() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTODESTIMA PÉSSIMA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA PROXIMO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() INFECTIVA

() INEFICIÊNCIA NA PELE PREJUDICADA

() PREJUDICADO SONDAS PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

() Desequilíbrio PREJUDICADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PATENTES

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANUTER MONITORAÇÃO

() MANUTER CABEÇA RA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS / GOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALCIAS

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERCUSO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERÍODOS

() REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

() ELIMINAR

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

() GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTAR ACETÇÃO DA

() DIETA

() MANUTER JEJUNO A PARTIR DAS

() REALIZAR DEXTRO

() ENCAMINHAR AO BOMBO DE ASPIRAÇÃO

() REALIZAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO MUELO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES BIL

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR ATIVIDADE


() DESERVAR E ELIMINAR INTERFERÊNCIA A

() ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

*Prescrição Médica
de 07:30h

7/10/2019

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				HC
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	30/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SNM	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã	
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA SN				SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06:30 (31/03/19)	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG				SN	
14	CURATIVO DIÁRIO				M	
15	DEXTRO 8/8HS				2h	
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				00:15	
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS, ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1628/RR

Rotina

21:00 - 216 mg



22:00 - 88 mg

06:00 - 194 mg

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	110/70	74	23	36,7
18 H	130/90	78	20	36,0
24 H	120/80	68	20	36,5

30.3.19 11:00 73 35.4

<p>Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC</p>	Protocolo nº 1	Versão 06	Data de Emissão: Janeiro 2015
	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO: 329		

<p>Nome: João Teodoro dos Santos</p>			
<p>DATA: _____</p> <p>GRAU: I</p> <p>GRAU: II</p>	<p>Localização / Região</p> 	<p>DATA: _____</p> <p>GRAU: I</p> <p>GRAU: II</p>	<p>Localização / Região</p> 
<p>Localiz.</p> <p>Extensão da Ferida</p> <p>Aspecto do Leito</p> <p>Extensão do Exsudato</p> <p>Tipo de exsudato</p> <p>Cor.</p> <p>Odor.</p> <p>Condição da pele periférica</p> <p>Medicação para limpeza</p> <p>Medicamento tópico</p> <p>Medicamento sistêmico</p> <p>Data da Próxima Evolução</p> <p>Assinatura do Enfermeiro</p>	<p>Pressão I - II - III - IV Venosa / Arterial / Diabética</p> <p>neuropática / cirúrgica / Trauma / outra</p> <p>Comprimento _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p> <p>Tecido de granulação _____ com esfacelo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p> <p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a base do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>	<p>Pressão I - II - III - IV Venosa / Arterial / Diabética</p> <p>neuropática / cirúrgica / Trauma / outra</p> <p>Comprimento _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação _____ com esfacelo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico _____</p> <p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p> <p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a base do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>	<p>01- _____</p> <p>02- _____</p>

NOMES

DATA: / / SEXO: () M () F IDADE:

• ALÉRGICO?

[illegible]

RELATÓRIO DE ENFERMEIRO

DATA: 09/03/19

HORA: 08:16h

MANHÃ

09/03/19 08:16h - PET, ALERTE
ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO,
COMUNICA-SE VERBALMENTE, REFEZES POR
INAGITAÇÃO ALIMENTAR, ELIMINAÇÕES REGulares
INTESTINAL PRESENTE

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 09/03/19

HORA: 08:16h

TARDE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 09/03/19

HORA: 08:16h

NOITE:

MANHÃ

RELATÓRIO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DATA: 09/03/19

HORA: 08:16h

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

DATA: 09/03/19

HORA: 08:16h

TARDE:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

DATA: 09/03/19

HORA: 08:16h

NOITE:

Realizado ASV no medicamento, segue
condições

Carimbo e Assinatura
Téc. de Enfermagem
CARIMBO RR 122100

Parte no LACTO Fort realizada
condições condutas de enfermagem
+ medicações

Segue pela conduta
de enfermagem

Carimbo e Assinatura
Téc. de Enfermagem



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	31/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				POTUR
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				PT
15	DEXTRO 8/8HS				10/28/06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20/11/17
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR



	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	130/90	84	19	—
12 H	130/80	73	19	—
18 H	130/80	75	18	—
24 H	130/78	75	18	36.0°

RMS

Dr. Alder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR

DEXTRO 293 mg/dl
DEXTRO Feito 4 UI = 2 cpm
152 mg/dl

Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Atualização: Fevereiro 2023
	Atualizada: Janeiro / 2023		
	ENF/LEITO: 329		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: _____	Localização / Região		DATA: _____
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I	 		<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - II
Localização da ferida	Afecção: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Quimica <input checked="" type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> Outras: _____ Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Afecção: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Quimica <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> Outras: _____ Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Características do Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Características do Exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Odor	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Identificação	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Coloração da pele Periférica	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Tratamento para a ferida	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____
Tratamento para a ferida	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGT <input type="checkbox"/> Outros: <u>Neomicina</u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGT <input type="checkbox"/> Outros: _____
Tratamento para a ferida	<input checked="" type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Noite		<input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Noite
Tratamento para a ferida	D1- _____ U2- _____		D1- _____ U2- _____
Tratamento para a ferida	Assinatura e Assinatura do Enfermeiro		Assinatura e Assinatura do Enfermeiro
Assinatura		OBS:	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: 2003 / 03 / 18 HORA: 18:00	MANHÃ:	DATA: 2003 / 03 / 18 HORA: 18:00

Paciente no leito. Sem suar. Sem
 AV. Tola. Gargalo na FE. Bron
 bulando com suco de ma
 da, acalando suco. Sono p
 resado. Bateria E a Bateria
 E. Sinais de vida.

TARDE:	DATA: / / HORA:	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:	TARDE:	DATA: / / HORA:	ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
--------	-----------------	--------------------------------	--------	-----------------	--

Sinais de vida.

NOITE:	DATA: / / HORA:	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:	NOITE:	DATA: 2003 / 03 / 18 HORA: 18:00	ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
--------	-----------------	--------------------------------	--------	----------------------------------	--

Paciente acalando suco. Gargalo na FE. Bron
 bulando com suco de ma
 da, acalando suco. Sono p
 resado. Bateria E a Bateria
 E. Sinais de vida.

Elaborado por: [Assinatura]
 Avaliado por: [Assinatura]
 Controlado por: [Assinatura]

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
SEXO	DM2	DATA
	NEGA	24/3/2019
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manten
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	IRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENS	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Rolina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHg	SN
14	CURATIVO DIÁRIO	
16	DEXTRO 8/8HS	14-02-08
18	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	20
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. LUPNEICO, LOTI, REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

6.6 6.3 mg/dL

DATA	VITAIS	Pa	Fc	FR	T	D	E
6 H	115x85	71	20	31.1	+		
12 H	132x85	88	18	36.6			
18 H	quase do leito						
24 H	140x85	72	20	31.7			

Prac. da Silva Rocha
Téc. em Radiologia
CRM 1828/RR 551.943

14:00 - Dextro 235 mg/dL
2.2 M - 1.1 G mg/dL
Prac. da Silva Rocha
Téc. em Radiologia
CRM 1828/RR 551.943

NOME: Paulo Roberto dos Santos ID
 DATA: 24/03/19 SEXO: M IDADE PESO KG LETO 319
 * ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES						
<div> <div>CONTROLE DE CATETERES E SONDAS</div> <div> <div>CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:</div> <div>CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:</div> </div> <div> <div>SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA:</div> <div>SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:</div> </div> <div> <div>SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA:</div> <div>DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? DATA:</div> </div> <div>IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES</div> </div>					<div> <div>1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO</div> <div>ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()</div> </div>				
<div> <div>CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</div> <div>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO</div> <div>PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA</div> <div>ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA</div> <div>VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉSSIMA</div> </div>					<div> <div>LESÕES</div> <div>() RISCO DE INFECÇÃO</div> <div>() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</div> <div>() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</div> <div>() TOCA GÁSOSA PREJUDICADA</div> <div>() ANSIEDADE</div> <div>() MEDO</div> <div>() ENFRENTAMENTO INEFICAZ</div> <div>() RISCO PARA NUTRIÇÃO</div> <div>() DESEQUILIBRADA</div> <div>() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</div> <div>() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO</div> <div>() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS</div> <div>() FADIGA</div> <div>() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</div> <div>() RISCO PARA QUEIMAS</div> <div>() RISCO PARA URSÃO</div> <div>() AUTOSTIMA PERTURBADA</div> <div>() DIARRÉIA</div> <div>() CONSTIPAÇÃO</div> <div>() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</div> <div>() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO</div> <div>() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</div> <div>() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO</div> <div>() DOR</div> <div>() HIPOTERMIA</div> <div>() HIPERTERMIA</div> <div>() INTEGRIDADE DA PIEL PREJUDICADA</div> <div>() PAGOR DO SONO PREJUDICADO</div> <div>() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA</div> <div>() CONFORTO PREJUDICADO</div> <div>() DIFÍCIL CARIÓTIPO INIBIDO</div> <div>() OUTROS:</div> </div>				
<div> <div>085:</div> <div>TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO</div> <div>EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO</div> <div>DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO</div> <div>FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO</div> <div>MÚMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES - TOSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO</div> <div>RUIDOS AUMENTADOS: () AUSENTE () RÍNTICOS () ESTERIORES () SIBLOS</div> <div>CIRCULAÇÃO/ COR DA PIEL/ MUCOSAS</div> <div>() HÍDRATAÇÃO () UNIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA</div> <div>() CIANÓTICA () ACARÓTICA () MACROCIANÓTICA</div> <div>TEMPERATURA DA PIEL: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA</div> </div>					<div> <div>APARELHO CARDIOVASCULAR</div> <div>RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()</div> <div>PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA</div> <div>PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FUGAZ</div> <div>PULSO: () MORBACULADO () TACICARDÍACO () BRADICÁRDICO () AUSENTE</div> <div>LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:</div> </div>				
<div> <div>APARELHO GASTROINTESTINAL</div> <div>APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO</div> <div>EMALIA: () AUSENTES () PRESENTES - ABDOME: () FLACIDO () ASSISTINDO () TENSÃO GÁSTRICA () ANGI PALPÁVEL</div> <div>EDIMAGÕES/ MÚLTIPLOS: () AUSENTE () PRESENTES () DUREZA () COLELITÍASIS () MILENA</div> <div>APARELHO GENITÓRIO/ MÚLTIPLOS: () AUSENTE () PRESENTES</div> </div>					<div> <div>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</div> <div>() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS</div> <div>() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS</div> <div>() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE / H</div> <div>() MANTER MONITORIZAÇÃO</div> <div>() MANTER CABECEIRA ELEVADA</div> <div>() ASPIRAR VIAS TODAS</div> <div>() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA</div> <div>() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS</div> <div>() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS</div> <div>() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA</div> <div>() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS</div> <div>() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H</div> <div>() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES</div> <div>() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS</div> <div>() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM</div> <div>() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL</div> <div>() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA</div> <div>() MANTER JEJUM A PARTIR DAS / H</div> <div>() REALIZAR DEXTRO / HORAS</div> <div>() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO</div> <div>() ORIENTAR AUTO CUIDADO</div> <div>() REALIZAR BANHO NO LENTO</div> <div>() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO / H</div> <div>() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO</div> <div>() PREPARAR PARA EXAMES: EM</div> <div>() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO</div> <div>() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO</div> <div>() OBSERVAR, REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA</div> <div>() OUTROS:</div> </div>				

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ DATA / / HORA

MANHÃ

AMPLIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Transtorno ansioso
depressão e insônia
severas etc

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Adm -> pte do tto com guilherme de
915 mg/dl -> pte do tto com
insulina -> guilherme

Carimbo e Assinatura
do Técnico em Enfermagem

Doit no lito lateral

Doit do tto e medicação

Receita de medicação
da enfermagem

A 6h do paciente comente o estado
de consciência capta 63 nos testes
de memória e orientação a com o alho

Carimbo e Assinatura
do Técnico em Enfermagem

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNÓZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA	25/3/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratoma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMM				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
16	DEXTRO 8/8HS				20 mg
18	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20 mg
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NENHUMA QUEIXA ÁLGICA, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. FUPNEICO, LCL, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1829/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E	Dextro
6 H	138x76	65	36	+	+	62mg/dl
12 H	130x80	76	36.7	+	+	corrida 62mg/dl
18 H	130x80	74	36.2	+	+	
24 H	130x70	83	36.9	+	+	

16.4h Dextro 540 mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 25/03/19	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto no leito)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	Cobertura primária (Contato direto no leito)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	26/03/19	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. em Enfermagem	01- 02-	Carimbo e ass. em Enfermagem	01- 02-

OBS:

OBS:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: WAS LINDA MARIA DOS SANTOS

DATA: 25/03/19

SEXO: WM () F

IDADE: 32

PESO: 32

KG.

LEITO: 329

• ALÉRGICO ?

= HD Maternidade

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM																
<table border="1"> <tr> <th>CATER CENTRAL</th> <th>SIM () NÃO (X)</th> <th>LOCAL</th> <th>DATA</th> </tr> <tr> <td>CATER PERIFÉRICO</td> <td>SIM () NÃO (X)</td> <td>LOCAL</td> <td>DATA</td> </tr> <tr> <td>SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO (X)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CATER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA	CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA	SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)				SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO (X)					<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TIDICA GASOSA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas <input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO <input type="checkbox"/> AUTOESTIMA PERTURBADA <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DÉFICIT DO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PACIÊNCIA DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> REGULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO <input type="checkbox"/> OUTROS:	<input type="checkbox"/> MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6/6</u> H <input type="checkbox"/> MANter MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANter CABCERA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TCT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCÍENCIA <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>6/6</u> H <input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. <input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u>6</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u>6</u> HORAS <input type="checkbox"/> ENCaminhar AO BANHO DE ASPERÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>6</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMUELAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. <input type="checkbox"/> OUTROS:
CATER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA																
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA																
SONDA VESICAL SIM () NÃO (X)																			
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO (X)																			

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCÍENCIA

NÍVEL DE CONSCÍENCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS

ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINuíDA

OBS: HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO

MUDANÇAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS AUMENTADOS: () AUSENTE () RÍNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

(X) HÍDRATAÇÃO () UNIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINuíDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO

R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ OÍDRESE:

ESCONDIMENTO: () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPO () CONCENTRADA

() HEMATURIA () COLÚRIA () ORIGÚRIA () RESÍDUO () INSETA () ALGRIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO

R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
MANHÃ: DATA 15/03 HORA 10:00

Paciente sedado sem reflexos ópticos
sem desconexão da rede. Ref. febre
moderada. Úmida ou até de longa sem
efeitos físicos fisiológicos normais.

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:
DATA 15/03 HORA 10:00

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA 15/03 HORA 12:00

Paciente em alto sem reflexos
de desconexão SSV. Segue com evolução
do idm. segue rede de desconexão

TARDE

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 15/03 HORA 12:00

Paciente em alto sem reflexos
de desconexão SSV. Segue com evolução
do idm. segue rede de desconexão

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 15/03 HORA 12:00

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:
NOITE: DATA 15/03 HORA 22:00

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:
NOITE: DATA 15/03 HORA 22:00

Paciente em alto sem reflexos
de desconexão SSV. Segue com evolução
do idm. segue rede de desconexão

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:
DATA 15/03 HORA 22:00

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 15/03 HORA 22:00



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

HC

329

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	27/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SAB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14
15	DEXTRO 8/8HS				14 2x 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				06
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

EDUARDO FALCÃO MACHADO - HIV -

Realizar Rx com omeprazol + tramal.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	120/80	80	18	36.4°		
12 H	140/80	98	17	36.7°	+	+
18 H						
24 H	140 x 90	92		36.1°		

Dextro

90 mg/dL

medicamento
Medicamento
Tórax de Euflex
COREN-RR 000.000-12

Dxt = 232 mg/dL

* Paciente recebeu
200mg de insulina
Humalog Regular
02UI - 0.1M - 100UI/100ml
12/03/2019



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	28-03-19		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Mariana	02-	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sora Rosana dos Santos

DATA: 27/03/18 SEXO: M () F IDADE: 52 PÉSO: 52 KG: 52 LEITO: 52 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS							
CATETER CENTRAL		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO DE INFECÇÃO		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
CATETER PERIFÉRICO		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA NUTRIÇÃO		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> MANter MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANter CABBESIRA E EVADA <u> </u>	
SONDA VESICAL		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
SONDA NASOGÁSTRICA		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
SONDA NASOENTERAL		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
DRENAGEM		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
1. FERIDA VITO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
ÚLCERA POR PRESSÃO		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
PUPILAS		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
ACUIDADE VISUAL		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
VIAS AÉREAS SUPERIORES		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
OBS:				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
EXPANSÃO		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
FREQUÊNCIA		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
MÚLTIPLOS VESICULARES		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
RUIDOS ADVENTÍCIOS		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
CIBADATADA () UNIDA () DESIDRATADA () COSADA () HIPOCORADA () FAUDA () RUBORIZADA () ICTERICIA				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
TEMPERATURA DA PELE		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
APARELHO CARDIOVASCULAR				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
RITMO CARDÍACO		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
PEREUSÃO PERIFÉRICA		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
PULSO PERIFÉRICO		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
LOCAL DA LESÃO				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
APARELHO GASTROINTESTINAL				RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
ASITIA		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	
RUA		SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL		RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ		<input type="checkbox"/> MANter Vias Aéreas PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REGULAR CUIDADOS COM Vias <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6.16</u> H	

31/07/2008

MADEIRA

COLUNHA DO LUNDO LUNO LUNO

Recebi a visita, com 2008. Sem
indicação de que seja de 10, não tem
verão ou doença, olhando um pouco
fome e fisiologia normal.

COPIA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO
TARDE: DATA: / / HORA: /

Realizado SSVH curativo; S/
queixas, alterações; segue a seguir
dados de enfermagem.

COPIA
CORRETO 338.881-12

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM
TARDE: DATA: / / HORA: /

COPIA
CORRETO 338.881-12

Sua inflexão

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO
TARDE: DATA: / / HORA: /

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM
TARDE: DATA: / / HORA: /

34:00 Tarde. No início, sem sinal
de doença. Sem SVP. O paciente tem
F. (E). Resposta com sinais
de de pulso. O paciente
está com a respiração
normal (+) e a respiração (+)
sem sinais de doença.

COPIA

COPIA

34:00 Tarde. Sem sinal

sem sinais de doença. O paciente
está com a respiração normal (+) e a
respiração (+) sem sinais de doença.

COPIA
CORRETO 338.881-12



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

399
HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	28/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				San
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				San
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				San
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				San
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				San
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Realma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				San
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14 22 06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

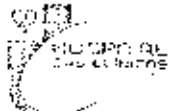
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

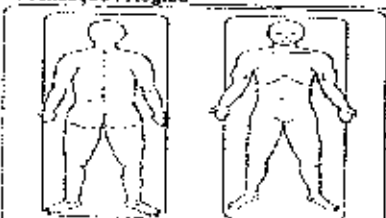
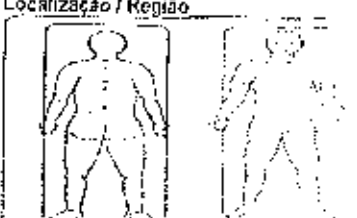
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Auler Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	108x78	73	20	36.8	+	72 mg/dL
12 H	132x82	75	17	36.2	+	545 mg/dL
18 H	132x82	82	20	36.2	+	138 mg/dL
24 H	126x82	74				

Leodina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551 943

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: <u>329</u>		

Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u>			
DATA: <u>28/03/19</u> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Oncopática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outra: <u>Exatosa</u>		etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Oncopática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> Sem esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade do Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,05% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>08:43</u> <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: <u>29/03/19</u> Em caso de 1 de 24hs			
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro RUS: <u>01- [Assinatura]</u> 02-		01- 02-	
OBS:		OBS:	

OBS: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 OBS: pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

Paciente sedado, lucido e orientado com orelha esquerda e direita, sem febre, resaca de febre e náusea a vômitos, fezes pastosas e normais.

ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:
 DATA: / / HORA:
 COEENINTE 650338

TARDE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:

Paciente em quarto privado, realizando SSV e PM. Segue com cuidados de enfermagem.

ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA:
 COEENINTE 650338

TARDE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:

Pt. em quarto, realizado SSV e cuidados de enfermagem. Segue com cuidados de enfermagem.

ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA:
 COEENINTE 650338

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÍBIO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: / / HORA: ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:

Paciente no leito semiente orientado no momento S/V. Segue com cuidados de enfermagem até o momento segue com cuidados de enfermagem da Silva Rocha.

ASS. E CARIÍBIO - TEC. ENFERMAGEM:
 DATA: / / HORA:
 COEENINTE 650338

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		32h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		06h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Rodriguez
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		12h, 18h, 06h
15	DEXTRO 8/8HS		CONTI
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:


PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

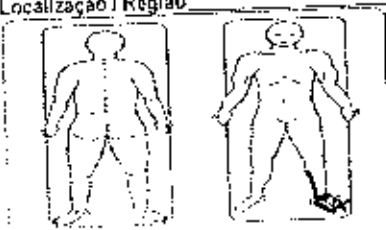
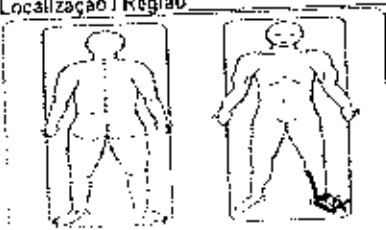
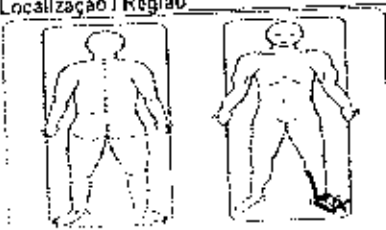
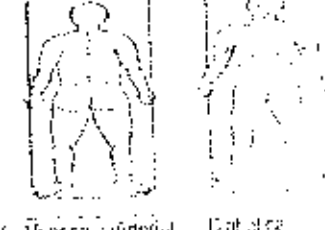
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E	DXT
SINAIS VITAIS							
6 H	130x80	75	-	36.5°	+	+	304 mg/dl
12 H	130x80	90	17	36.6°	+	+	
18 H	Bef. de Funcionamento.						
24 H	100x60	77		36.5°	+	+	

14h Dextro 192 mg/dl
 2.2 Dextro 250 mg/dl

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da última atualização: Fevereiro 2011
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos	
DATA: 29/03/19 GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Localização / Região 	DATA: GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Localização / Região 	Localização / Região 
Pressão I - II - III - IV: <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Pressão I - II - III - IV: <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Aparência do leito <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Aparência do leito <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo do exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	Tipo do exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condicionamento da pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	Condicionamento da pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Limpeza para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	Limpeza para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tratamento tópico: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Tratamento tópico: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tente	Tipo de curativo: <input type="checkbox"/> Manha <input type="checkbox"/> Tente
Data da Próxima troca: Em caso de + ou 24hs 30/03/19	Data da Próxima troca: Em caso de + ou 24hs
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
OBS:	

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Converg, Solutions Program.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

Appendix

Resende, no fundo do vale, e a direita, Estação
Cachoeira, hidrotaça, hidrotaça, São Paulo
Mogi, São Paulo, hidrotaça e hidrotaça. En-
tonces, São Paulo, hidrotaça e hidrotaça.
Além disso, São Paulo, hidrotaça e hidrotaça.
Além disso, São Paulo, hidrotaça e hidrotaça.
(4)

12/12/2012

ASS. E CARMEZ. ENT. RMEIRO

DATA / HOLE

TABLE

2013.12.15

Realizado SSLV + certificado de quites
delgado - sigue a los empujados de arriba
mañana

ASS. E CARIMBO. TEC. ENFERMAGEM

DATA	MORF
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

TARDE

2

ASS. E CAPITALIZ. CENFERMENTO:

DATA	FROM
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

NOTÉ

NOTES:
Fe 10 Medication @ 3500 Confirmed
P.M. 15000 Quizzes - Score 2000
Laid out in experiment

10
 Spring Branch
 602-4-48-388-TH

5. _____

100


—

!

1

#Paciente 320510
em 07:30h

Prescrição

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC				HC
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO		FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE			LEITO	329	DATA	30/3/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					SNM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU, 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA SN					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06 (31/03/19)
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	SSVV + COGG 6/6 H					Retina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					M
15	DEXTRO 8/8HS					24/03/2019
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					06/11/19
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:


PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA





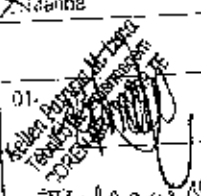
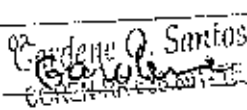
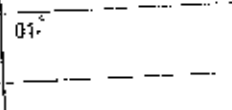
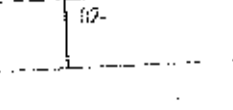
Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Resposta

21:00 - 14.6 mmHg
22:00 - 8.8 mmHg
06:00 - 19.4 mmHg

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	107/70	74	23	36.7
18 H	136/90	78	20	36.0
24 H	123/80	68	20	36.1
31.3.196h	108/70	73		35.4

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da última atualização:	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 329			

Nome: João Teodoro dos Santos		Localização / Região:	
DATA:	Localização / Região:	DATA:	Localização / Região:
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Pressão: <input type="checkbox"/> I - <input type="checkbox"/> II - <input type="checkbox"/> III - <input type="checkbox"/> IV - <input type="checkbox"/> Venosa - <input type="checkbox"/> Arterial - <input type="checkbox"/> Diabética	<input type="checkbox"/> Neuropática - <input type="checkbox"/> Cirúrgica - <input type="checkbox"/> Traumática - <input type="checkbox"/> Outras:	Pressão: <input type="checkbox"/> I - <input type="checkbox"/> II - <input type="checkbox"/> III - <input type="checkbox"/> IV - <input type="checkbox"/> Venosa - <input type="checkbox"/> Arterial - <input type="checkbox"/> Diabética	<input type="checkbox"/> Neuropática - <input type="checkbox"/> Cirúrgica - <input type="checkbox"/> Traumática - <input type="checkbox"/> Outras:
Comprimento: _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm	Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm		Profundidade: _____ cm	
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço	
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
<input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco		<input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco	
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento	
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> na beira do leito	
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%	
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase	
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata		<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata	
<input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> AGI <input type="checkbox"/> Outro:	
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
01- 	02- 	01- 	02- 
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		OBS:	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: WAGNER LACERDA DE SOUZA SEXO: M IDADE: 30 ANOS

DATA: 30/03/19 LOCAL: ICU LEITO: 309 ATRIBUIÇÃO: HD

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL: SIM (☐) NÃO (☐) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

CATETER PERIFÉRICO: SIM (☐) NÃO (☐) LOCAL: LOCAL DATA: DATA

SONDA VESICAL: SIM (☐) NÃO (☐) DATA: DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (☐) NÃO (☐) DATA: DATA

SONDA NASOENTRAL: SIM (☐) NÃO (☐) DATA: DATA

DRENOS: SIM (☐) NÃO (☐) QUAL: QUAL

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM (☐) NÃO (☐) LOCAL: LOCAL GRAU I (☐) GRAU II (☐) GRAU III (☐)

CABEÇA: PERÍFCO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (☐) INCONSCIENTE (☐) SEDADO (☐) ALERTA (☐) COMATOSO (☐) DESORIENTADO (☐)

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (☐) INCONSCIENTE (☐) SEDADO (☐) ALERTA (☐) COMATOSO (☐) DESORIENTADO (☐)

PAPELAIS: REAGENTE (☐) NÃO REAGENTE (☐) ISOCÓNICAS (☐) ANISOCÓNICAS (☐) MUDRÁTICA (☐)

ACUIDADE VISUAL: NORMAL (☐) DIMINUÍDA (☐)

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERFECT (☐) OBSTRUÍDAS (☐) HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL (☐) SATIZFATÓRIA (☐)

Obs: Obs: HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL, SATIZFATÓRIA

DIAGNÓSTICO

(☐) RISCO DE INFECÇÃO

(☐) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

(☐) INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

(☐) TROCA GASOSA PREJUDICADA

(☐) ANSIEDADE

(☐) MEDO

(☐) ENFRENTAMENTO INEFICAZ

(☐) RISCO PARA NUTRIÇÃO

(☐) DESOBRSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

(☐) FADIGA

(☐) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

(☐) RISCO PARA Quedas

(☐) RISCO PARA LESÃO

(☐) AUTOCSTIMA PERTURBADA

(☐) DIARREIA

(☐) CONSTIPAÇÃO

(☐) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

(☐) DEFICIT DO AUTO CUIDADO

(☐) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

(☐) MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS

(☐) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

(☐) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE DATA H

(☐) MANter MONITORIZAÇÃO

(☐) MANter CABEÇA ELEVADA

(☐) ASPIRAR VIAS /TOT

(☐) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

(☐) ATENtAR PARA QUEIXAS ALGICAS

(☐) OBSERVAR PARA VÔMITOS

(☐) OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

(☐) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

(☐) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE DATA H

(☐) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

(☐) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

(☐) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

(☐) AVALIAR FELICIDADE GÁSTRICA ANTES DA

(☐) GAVAGEM

(☐) VERIFICAR TENSÃO ABDOMINAL

(☐) ESTIMULAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA

(☐) DIETA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

(☐) MANter JEJUM A PARTIR DE DATA H

(☐) REALIZAR DEXTRO DATA HORAS

(☐) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

(☐) ORIENTAR AUTOCUIDADO

(☐) REALIZAR BANHO NO LITO

(☐) REALIZAR MANUTENÇÃO DO DECUBITO DATA H

(☐) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

(☐) PREPARAR PARA EXAMES ENI

(☐) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

(☐) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

(☐) MANter E OBSERVAR CONTINÊNCIA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

(☐) ATENtAR PARA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA 30/03 HORA

MANHA

paciente em leito. Sem queixas. Sem
AV. Tala girada em P.E. com
melhora com suco de mel
da. Acolando muito sono por
passado. Vítima de Exorcismo
E. Sem acompanhamento. Trabalho de

MANHA

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 30/03 HORA 18:00

Paciente Simão Vitorino Almeida
diagnóstico neurológico para queixas
sem movimento.

30/03/18.06

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA 30/03 HORA

TARDE

TARDE

DATA 30/03 HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Sem intercorrências. Trabalho de

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA 30/03 HORA

NOITE

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

DATA 30/03 HORA

NOITE

Paciente Acácio Nolasco Junior ficou de quarentena após
interferência de 25 mg/kg, pois não houve melhora
na via desta via não

Ass. e Carimbo:
Técnico de Enfermagem
30/03/18.06



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	329
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		suspensão
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	DEXTRO 8/8HS		
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Alder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	132/90	81	19	—
12 H	130/80	73	19	—
18 H	130/80	75	18	—
24 H	116/78	73	18	36°C

RHP
 Assinatura
 Data

Dextro 293 mg/dl.
 Dextro 152 mg/dl.
 Feto 4 UI FE 3PM

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativa - HC

Protocolo nº 1 Versão 03
Atualizada: Janeiro / 2013
ENFELETO: 329

Data de: 12/01/2013
Assinatura:

Nome: João Teodoro dos Santos

Localização / Região

LA 72

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região

Processo: I - I II - IV Venoso I Arterial II Diabético

Peripático I Crônica X Trauma I Outra:

Comprimento: cm Largura: cm

Profundidade: cm

X Tecido de granulação I com escudo

I Tecido necrótico

X seco, mínimo I úmido, pouco

I úmido, moderado I molhado abundante

I Seroso I Fibrinoso I Sanguinolento

I Purulento I Serosanguíneo

I Sim I Não

I evidente na remoção da cobertura I a beira do leito

I evidente ao entrar no quarto X Sem odor

X Normal I Macerada I seca I Eritema / Rubor

I Prurido I Outras

X Soro fisiológico 0,9% X Clorexidina 1%

I Clorexidina 4% I Outro:

X Iodo X Colagenase

I Iodo I Sulfadiazina de Prata

I AGI I Outro Neomicina

X Macha I Tardo

01- 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Carimbo e Assinatura do Médico

DATA:

I GRAU - I

I GRAU - II

Localização / Região



Pressão: I II III IV V Arterial I Venosa I Tensão

I Insuficiência circulatória I Trombose / coágulo

Comprimento: cm Largura: cm

Profundidade: cm

I Tipo de granulação I com escudo

I Tecido necrótico I fétido

I seco, mínimo I úmido, pouco

I úmido, moderado I molhado, abundante

I Seroso I Fibrinoso I Sanguinolento

I Purulento I Serosanguíneo

I Sim I Não

I evidente na remoção da cobertura I a beira do leito

I evidente ao entrar no quarto I Sem odor

I Normal I Macerada I seca I Eritema / Rubor

I Prurido I Outras

I Soro fisiológico 0,9% I Clorexidina 1%

I Clorexidina 4% I Outro:

I Gaze I Colagenase

I Fibrinase I Sulfadiazina de Prata

I AGI I Outro Neomicina

I Macha I Tardo

01- 02-

OBS:

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	329	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		5m
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		monter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H		suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	OMERRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		Ratino
10	SSVV + CCGG 6/6 H		SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIÁRIO		195
15	DEXTRO 8/8HS		203
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE		
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, B.E.G.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1428/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	122x91	82	20	37	+	0
12 H	140x92	75	17	36.6	+	0
18 H	130x80	72	18	36.3	+	0
24 H	128x76	68	18	36.1	+	0

14:45 Dextro - 189 mg/dL
22:00 Dextro - 122 mg/dL

Dr. André da Silva Roraima
Téc. Enfermagem
CRPEN-RR 551.943

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sônia Bazon dos Santos

DATA: 08/03/18 SEXO: WM (F) IDADE: 32

PESO

KG

LEITO

328

ALÉRGICO?

HD

LESÕES

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

SIM () NÃO (X) LOCAL DATA

CATETER CENTRAL

SIM () NÃO (X) LOCAL DATA

CATETER PERIFÉRICO

SIM () NÃO (X) LOCAL DATA

SONDA VESICAL

SIM () NÃO (X) LOCAL DATA

SONDA NASOGÁSTRICA

SIM () NÃO (X) LOCAL DATA

SONDA NASOENTERAL

SIM () NÃO (X) LOCAL DATA

DRENOS?

SIM () NÃO (X) QUAL? DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III

CAIEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBSTRUIDAS

OBST.:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPERCORADA () PALEDA () RUDEORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACANOTICA () JACOBINOTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

TESTE VERIFICANDO: () FIMICO () FIMICO () FIMICO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER

() RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TÓCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPIA INEFICAZ

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BOM CUIDADO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTENSÃO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

() INEQUILIBRIO FLUIDO ELÉTRICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 66 H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CÂNCERA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIMAS ALG GAS

() ATENDER PARA MÂUSAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 66 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

() ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

() GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

() DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: 6 HORAS

() REALIZAR DEXTRO 6 HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 6 H

() REALIZAR CUPATIVO DIÁRIO

() REALIZAR PARA EXAMES LAB

() REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

() REALIZAR DEMONSTRAÇÃO

Bula de uso interno



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

HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

329

DATA

2/4/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL PARA DM E HAS

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFEPIME 1G EV 8/8H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

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

7

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

8

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

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

14

CURATIVO DIÁRIO

15

DEXTRO 8/8HS

16

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

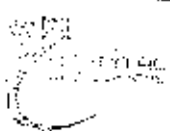
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

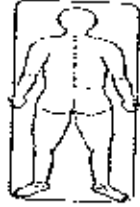

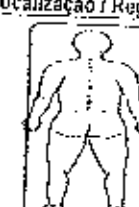

DEXTRO

	PA	FC	FR	TEMP	D
SINAIS VITAIS					
6 H	110/80	80	20	36.6	+
12 H	120/70	71	20	36.6°C	+
18 H	120/70	76	20	36.7°C	+
24 H	110/60	67	18	36.6°C	+

14HS: 182
106g/gly
100g/gly

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329.		

Nome: **João Teodoro da Silva**

DATA: 09/02/19	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	 
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odores: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo: Manhã 09:50 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e ass. 01- [Assinatura] Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02- [Assinatura]	01- [Assinatura]	02- [Assinatura]

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F IDADE _____

PESO _____ KG. LETO _____

HD _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____
 DRENOS? SIM () NÃO () DATA: _____
 IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES _____

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRASTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABECA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
 VAS AERIAS SUPERIORES: () PÉLVICAS () OBSTRUÍDAS
 HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
 () HIBRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPERCORADA () PALÚDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 TEMPERATURA DA PELE: () HÍPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
 RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
 PULSO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUTUANTE
 LOCAL DO PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

APARELHO GASTROINTESTINAL
 FREQUÊNCIA: _____

ESTADO NUTRICIONAL: () NORMAL () DEFICITÁRIO () EXCESSIVO ()
 HIGIENE BUCAL: () BOA () RUIM () PRECÁRIA

DIAGNÓSTICO: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA Q CONTROLAR INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA URONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTENSIDADE DA PELLE PREJUDICADA
 () FALHA NA CO PREJUDICADA
 () FALHA NA CO PREJUDICADA
 () FALHA NA CO PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANUTER MONITORIAÇÃO
 () MANUTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS /TOT
 () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
 () ATENDER PARA QUEIXAS AGÜICAS
 () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
 () OBSERVAR/COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANUTER JEJUNO A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BOMBO DE ASPIRAÇÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR GANH NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR REALIMENTAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR ANTERIOR À VIDA
 () OUTROS: _____

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

329

DATA

3/4/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL PARA DM E HAS

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFEPIME 1G EV 8/8H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA

7

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

8

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

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

14

CURATIVO DIÁRIO

15

DEXTRO 8/8HS

16

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	120x70	78	18	—	+	—
12 H	120x70	77	18	36.6	+	+
18 H	120/70	71	19	35.6	+	+
24 H	130x80	74	19	—	+	+

DE DEXTRO
14hs → 150 mg/dl

(Crescimento físico normal)
130.00 de Glicose
CORREÇÃO 300 mg/dl
Dextro → 330 mg/dl

Dextro 6:00 144 mg/dl

H.D.

• **ALERGICO?**

MANHÃ: _____ DATA: _____

MANHÃ: _____ DATA: _____

INDICAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paciente no leito no momento 5/
 Queixas relatadas ao enfermeiro no momento
 Segundo segue em estado da Equipe

Ass. e Carimbo: T. de Enfermagem
 02/04/2014 08:55:00

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA: _____ HORA: _____

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO - T. de ENFERMAGEM:
 DATA: _____ HORA: _____

Fezindo no leito, comunicado, deu
 ordem e realizou o curativo de
 ferimento, deixando a dieta líquida
 com divisão e controle prático.

Ass. e Carimbo:
 02/04/2014 08:55:00

NOITE: _____ ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
 DATA: _____ HORA: _____

NOITE: _____ ASS. E CARIMBO - T. de ENFERMAGEM:
 DATA: _____ HORA: _____

Paciente em repouso no leito, não
 se queixa para o momento

Ass. e Carimbo:
 02/04/2014 08:55:00

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - T. de ENFERMAGEM:

329



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	4/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monda
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspenso
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				5m
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5m
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5m
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				9h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				9h
10	SSV + CCGG 6/6 H				Relatório
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG				5m
14	CURATIVO DIARIO				
15	DEXTRO 8/8HS				15/05/96
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BFG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1328/RR


	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				36.5°C
6 H	102/70	64	20	
12 H	130/70	70	19	36.5°C
18 H	100/60	73	19	36.7°C
24 H	110/70	85	20	36.5°C

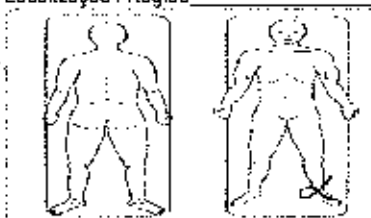

Blanca...

DEXTRO
18hs
-
-

198 mg/ml 20h
 118 mg/ml 06h

134 mg/dl

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - BC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENR/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro			
DATA: 14/03/19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Serosa <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serososanguínea	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Fibrinosa <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serososanguínea
Característica da Ferida: Característica do Leito: Quantidade de Exsudato Tipo de exsudato: Dor: Odores: Condição da pele Periférica: Técnica para limpeza Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input checked="" type="checkbox"/> gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Soluções de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Soluções de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã 09:01 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de 1 de 24hs	12/03/19	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
01- Valdo Cardoso da Silva Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 493 547	02-	01-	02-
Assinatura do Enfermeiro Elza R. Lima Enfermeira COREN/RR-366834		OBS:	

NAME: Jaime Rodriguez de Sandoz

DATA: 28/03/83 SEXO: N (M) F IDADE: PESO: KG. LITRO: MAGNOSTICO: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

EXAME FÍSICO DO PACIENTE						LESIONES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS							
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL		DATA			
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL		DATA			
SONDA VESICAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>				DATA:			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>				DATA:			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>				DATA:			
DRENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>				QUAL?			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES							
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO							
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()							
CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO							
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA							
ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () DIMINuíDA							
VIAS AERÉAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PERVAS () OSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> PAZOUVEL () PRECARIA							
OBS: _____							
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO							
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO							
DOX INSPIRAÇÃO: () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO							
FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EUFÔNICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO							
MURMÚRIOS VESICUAIS: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO							
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () HOMCOS () ESTERTORES () SIBLOS							
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS							
<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA							
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA							
TEMPERATURA DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTE/NORMAL () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA							
APARELHO CARDIOVASCULAR							
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()							
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA							
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME							
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE							
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____							
APARELHO GASTROINTESTINAL							
ESTADO FUNCIONAL: () INTERMEDIÁRIO () BOA () RUIM							
ABOLITE: <input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO () NEGATIVO () AUSENTE () DUBIO () RUIM () BOA () INTERMEDIÁRIO							
PRINCIPAIS ENFERMEIRAS: _____							



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	6/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspense
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14 M
15	DEXTRO 8/8HS				14:00 - 18:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20:00
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1829/RR

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	114/70	67	-	36°C
12 H	142/87	77	20	36
18 H	151/90	77	20	35.6°C
24 H	120/80	66	20	36°C

Dextro +

432 mg/dl

Uremia

14:00 omb 185mg/dl

22h

e-Licença

ferro 601

06h deixo



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

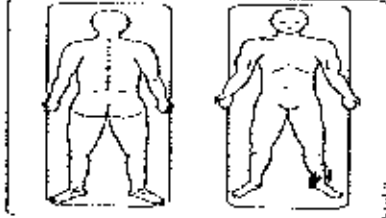
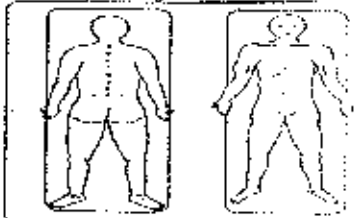
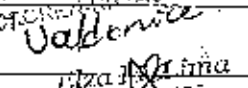
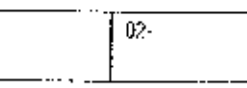
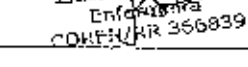

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: <u>João Teodoro do Santo</u>			
DATA: <u>13/03/19</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (contato direto as lesões) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (contato direto as lesões) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 	
Carimbo e Assinatura de Enfermeiro 		Carimbo e Assinatura de Enfermeiro 	
OBS:		OBS:	


Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Donacil José da Silva HD

DATA: 23/03/15 SEXO: (M) M IDADE: 38 PESO: 70 KG. LEITO: 385

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> TROCA GASOSA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> MEDO <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> DESOBTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE <input type="checkbox"/> RISCO PARA QUEIMAS <input type="checkbox"/> AUTOESTIMA PERTURBADA <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> DÉFICIT DO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO DO SONO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> OUTROS:				<input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS <input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>10/16</u> H <input type="checkbox"/> MANTER MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA ELEVADA <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TOT <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA <input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIMAS E VÔMITOS <input type="checkbox"/> OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>10/16</u> H <input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTAR ELIMINAÇÕES <input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS <u>10/16</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO <u>10/16</u> HORAS <input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAR AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO <input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>10/16</u> H <input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EM: <input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTROS:	

Elaborado por: Elaine L. Lima
 Data: 23/03/15
 Assinatura: [Assinatura]

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: 27/03 HORA: 11h	MANHÃ:	DATA: 28/03 HORA: 08h00
<p>Paciente estável na sala física, com boa evolução clínica, mantendo a consciência, porém com fadiga moderada.</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Sintetizando: segue com cuidados de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: 28/03 HORA: 13h03</p>		
<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Paciente em repouso, com frequência cardíaca normal e sinais vitais estáveis.</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: 28/03 HORA: 13h03</p>		
<p>ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA: / / HORA: :</p>	<p>Realizado SSIV + DXT (Falta de efeito). Paciente mantendo-se estável, segue com cuidados de enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA: 28/03 HORA: 13h03</p>		

Relatório de Saúde do paciente, com relato de sintomas e evolução da doença, com o objetivo de acompanhar a evolução da doença e a resposta ao tratamento.

Ass. e Carimbo - Enfermeiro

DATA: / / HORA: : : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA: / / HORA: : : ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM

DATA: / / HORA: : : ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA: / / HORA: : : ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - TEC. ENFERMAGEM

Relatório de Saúde do paciente, com relato de sintomas e evolução da doença, com o objetivo de acompanhar a evolução da doença e a resposta ao tratamento.

Ass. e Carimbo - Enfermeiro

Relatório de Saúde do paciente, com relato de sintomas e evolução da doença, com o objetivo de acompanhar a evolução da doença e a resposta ao tratamento.

Ass. e Carimbo - Enfermeiro

Relatório de Saúde do paciente, com relato de sintomas e evolução da doença, com o objetivo de acompanhar a evolução da doença e a resposta ao tratamento.

Ass. e Carimbo - Enfermeiro



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

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO	
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	329
ITEM	DM2	DATA
	NEGA	5/4/2019
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	monter
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H	suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	Rotina
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	SN
14	CURATIVO DIÁRIO	SN
15	DEXTRO 8/8HS	SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE	SN
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

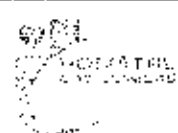
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

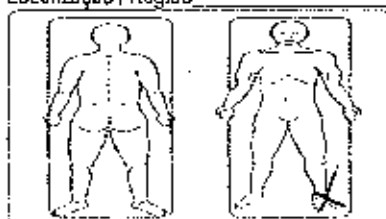
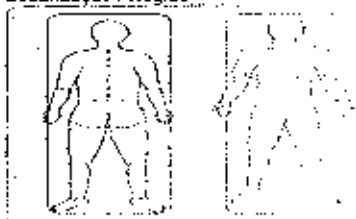
	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	118x79	68	18	36.7	+	128 mg/dL glicose
12 H	130x80	61	20	36.6	+	+
18 H	150x80	82	19	36.5	+	+
24 H	150x73	78	20	36.7	+	+

44% DEXTRO + 7.1 mg/dL.

232 mg/dL.

Dr. Roberto Di Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.1615 / RQE: 922

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 329		

Nome: João Teodoro dos Santos				
DATA: 12/03/19 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 		DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
etiologia tamanho da ferida: Aparência do Leito: Quantidade de Exsudato tipo de exsudato: odor: odor: Condição da pele Periférica: Solução para limpeza Cobertura primária (se não oire na lesão) Tipo do curativo: Data da Próxima troca: Em caso de 1 de 24hs Assinatura e ass. Esc. em Enfermagem Assinatura e Assinatura do Enfermeiro Data	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Manta <input checked="" type="checkbox"/> Manta <input type="checkbox"/> Tampo 13/03/19 01- Valdeir Cardoso da Silva Enfermeiro COREN-RN 000002547 Elza M. Lima Enfermeira COREN/RN 356234			
OBS:		OBS:		

OBS: este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTee, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

NAME: WILLIAM B. BROWN 250 10-11-52 HD

DATA: 22/03/13 SEXO: (X) M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LITRO: 22 ■ ALERGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (x)	LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (x)	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL	SIM () NÃO (x)	DATA		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM (x) NÃO ()	DATA		
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (x) DATA: _____				
DRENOS? SIM () NÃO (x) QUAL? _____ DATA: _____				
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FUSÃO EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (x) LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III				
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÃO CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO				
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				
ACUIDADE VISUAL: NÃO NORMAL () DIMINUIDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA				
OBS.				
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO				
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				
ROR INSPIRATÓRIA: () SIM (x) NÃO				
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO				
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSCULTES () PRESENTE TOSSE: () AGUENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO				
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSCULTES () SONCOS () ESTERIORES () SIBILOS				
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:				
HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () COADA () HIPERCÓADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA				
CIANÓTICA () ACIANÓTICA () PÂLIDA/ ANÓTICA				
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				
FREQÜÊNCIA PERIFÉRICA: NÃO NORMAL () DIMINUIDA				
PULSO PERIFÉRICO: () SINTÁCTICO () ASINTÁCTICO () FIL. FORTE				
TENSÃO: () NORMOTENSÃO () HIPOTENSÃO () HIPERTENSÃO () AUSCULT				
LOCAL DO PULSO: _____				
APARELHO GASTROINTESTINAL				

DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() RISCO DE INFECÇÃO	() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE	() MANTER MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MEDO	() MANTER CABECEIRA ELEVADA	() ASPIRAR VIAS /TGT
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	() VERIFICAR PARA QUEIXAS ALGUMAS
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() DESOBTUSÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() ATENTAR PARA NÚCLEOS E VÔMITOS	() OBSERVAR PRONTAÇÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS	() REALIZAR CONTROLE HÍBRICO DE
() DESOBTUSÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ	() MANUTER RESÍDUO GÁSTRICO	

ENTERED
BY: M. J. [illegible]
ENTERED: 10/10/83

MANHÃ:	EVO LUGAR DO ENFERMEIRO	DATA	HORA	MANHÃ:	LOIÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	DATA	HORA
--------	-------------------------	------	------	--------	---------------------------------	------	------

Recente, estável, com queixas de gases na região abdominal e náuseas ocasionais para baixo depois de comer.

Elaine M. Silva
Enfermeira
COREN-PA 54088

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:	DATA	HORA
--------------------------------	------	------

sem intercorrências

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	DATA	HORA
--	------	------

Síntomas atenuados; Segue aos cuidados de enfermagem.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	DATA	HORA
--------------------------------	------	------	--	------	------

paciente no leito, comente eufórico no momento de queixas. Administrando medicação de rotina, segue aos cuidados da Equipe.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	7/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/8 H				ROTTA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRO 8/8HS				14
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

	PA	FC	FR	TEMP	D	E
SINAIS VITAIS						
6 H	132x90	63	20	36.32	+	0
12 H	132x90	79	20	36.4	+	0
18 H	148x88	72	20	36.7	+	+
24 H	130x70	62	20	36.32	+	+

Jeadina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

DEXTRO 14:00 → 181 mg/dl
DEXTRO 22:00 → 254 mg/dl → REAJUSTAR CORREÇÃO.
DEXTRO 06:00 → 101 mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro das Santos

DATA: 14/03/19	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido/moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	15/03/19		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 02-	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	 Elza M. Lima Enfermeira COREN/RN 306230		
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Software Programis.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Sônia Roberto dos Santos HD

DATA: 14/03/13 SEXO: M () F IDADE: 323 PESO: 52 KG. LETO: 323 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			DATA: _____
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			DATA: _____



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- () RISCO DE INEQUILIBRIO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilíbrio
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEIDAS
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉFICIT CARDÍACO DIMINUÍDO
- () OUTROS:

- () MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
- () MANUTER MONITORIZAÇÃO
- () MANUTER CABECEIRA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEBRAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1/1 H
- () OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTRO / _____ HORAS
- () ORIENTAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III
CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PÉRVIAVEL () PÉRVIAVEL
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILLOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CAMOTICA () ACANOTICA () JACROCIANOTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____
APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOBOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/RUÍDOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MIELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUTROS:
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSOLMA () SVD () LÍMFIADA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () COLÚRIA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOBOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/RUÍDOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MIELENA

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOBOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/RUÍDOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MIELENA

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOBOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/RUÍDOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MIELENA

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOBOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/RUÍDOS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MIELENA

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGLIN

Unidade de Cuidados dos Santos

RD: 574010000

MT-E

DATA:

07/04/19 SEXO: X M ID: 313-324

ÁREA DE CUIDADO

GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

	4	3	2	1	SOMA
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de Inconsciência	Períodos de desorientação	Orientação no tempo e no espaço	1
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara/ceteter de oxigênio	Uso intermitente de máscara/ceteter de oxigênio	Não depende de oxigênio	1
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 3 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle de rotina (intervalos de 6 horas)	1
Mobilidade	Incapaz de movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade em movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimentação todos os segmentos corporais	2
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante	2
Alimentação	Através de cateter central	Através de SNG/SNE	Oral com auxílio	Autosuficiente	1
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral, realizados pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Autosuficiente	2
Eliminações	Evacuações no leito e uso de sonda vesical	Uso de comadre ou eliminaçãoes no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autosuficiente	2
Terapêutica	Uso de drogas vasculares	E.V. contínua ou através de SNG/SNE	E.V. intermitente	IM ou V.O	1
TOTAL:					13

Assinatura do

Márcia

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura do Coord. Enfermagem

Assinatura do Coord. Enfermagem

Complexidade Assistencial: Pouca

Pontuação:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	8/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				14
15	DEXTRO 8/8HS				20.06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20.06
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	132x84	72	18	36.6	+	+
12H	130x90	74	19	35.7	+	+
18H	151x98	75	19	36.1	+	+
24H	144x79	75	18	35.9	+	+

Dextro 4hs 182 mg/dl ———— Glucose

" 22h 299 mg/dl ———— Glucose

" 06h 317 mg/dl ———— Glucose

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

22:00h paciente
recebeu a admini-
stração de insulina
R. Rou. superior
que foi tornada
metformina.

Blanca Aguilhões
Enfermeira
CURRÍCULO 2019.01.20.19



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 15/03/19

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Etiologia

Tamanho da Ferida:

Aparência do Leito:

Quantidade de Exsudato

Tipo de exsudato:

Odor:

Odor:

Condição da pele
Perifoneal:

Solução para limpeza

Cobertura primária
(Contato direto da lesão)

Hora do curativo:

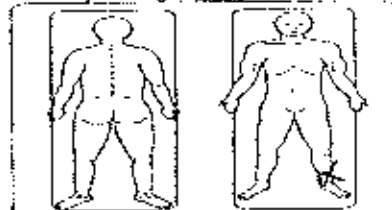
Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Cec. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

Localização / Região



☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☒ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo

☐ Tecido necrótico

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco

☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ Seroso ☒ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

☐ Sim ☒ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a heira do leito

☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Ruivo

☐ Prurido ☐ Outras:

☒ Soro Fisiológico 0,9%

☐ Clorexidina 1%

☒ Clorexidina 1% ☐ Outro:

☒ Gaze

☐ Fibrinase

☐ AGE

☒ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata

☐ Outro: D. Tópico

☒ Manhã

☐ Tarde

01- Valdo Cardoso da Silva

02- Valdo Cardoso da Silva

03- Valdo Cardoso da Silva

04- Valdo Cardoso da Silva

05- Valdo Cardoso da Silva

06- Valdo Cardoso da Silva

07- Valdo Cardoso da Silva

08- Valdo Cardoso da Silva

09- Valdo Cardoso da Silva

10- Valdo Cardoso da Silva

11- Valdo Cardoso da Silva

12- Valdo Cardoso da Silva

13- Valdo Cardoso da Silva

14- Valdo Cardoso da Silva

15- Valdo Cardoso da Silva

16- Valdo Cardoso da Silva

17- Valdo Cardoso da Silva

18- Valdo Cardoso da Silva

19- Valdo Cardoso da Silva

20- Valdo Cardoso da Silva

21- Valdo Cardoso da Silva

22- Valdo Cardoso da Silva

23- Valdo Cardoso da Silva

24- Valdo Cardoso da Silva

25- Valdo Cardoso da Silva

26- Valdo Cardoso da Silva

27- Valdo Cardoso da Silva

28- Valdo Cardoso da Silva

29- Valdo Cardoso da Silva

30- Valdo Cardoso da Silva

Localização / Região



DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo

☐ Tecido necrótico ☐ Escara

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco

☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

☐ Sim ☐ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a heira do leito

☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Ruivo

☐ Prurido ☐ Outras:

☐ Soro Fisiológico 0,9%

☐ Clorexidina 1%

☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

☐ Gaze

☐ Fibrinase

☐ AGE

☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata

☐ Outro:

☐ Manhã

☐ Tarde

01-

02-

OBS:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Lucas T. dos Santos

HD

DATA: 15/08/19 SEXO: M IDADE

PESO

KG. LETO 39,9

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM ()	NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL				
CATETER PERIFÉRICO	SIM (X)	NÃO ()	LOCAL	DATA



SONDA VESICAL SIM () NÃO (X) DATA: _____

SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO (X) DATA: _____

SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO (X) DATA: _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRACTURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA/PEÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PÉNVIAS () OBSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL (X) RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TOXAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESOUBRIDA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOUBRIDA INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() AUTODESTIMA PERTURBADA

() MANter VIAS AÉREAS PÉNVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H

() MANter MONITORIZAÇÃO

() MANter CABEÇA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /TÓT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA

() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 6/6 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANter JEJUM A PARTIR DAS 6/6 H

() REALIZAR DEXTRO 6/6 HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 6/6 H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / / HORA	DATA / / HORA	
<p>Paciente atendida, sem queixa algéica. Sem maiores queixas. Nega náuseas e vômitos ou febre. Observando hemodinâmica fisiológica normal.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / / HORA</p>	<p>Paciente em quimioterapia. Realizado SIVCPM. Segue sob cuidados da enfermagem.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / / HORA</p>		
<p><i>[Handwritten text, mostly illegible due to blurring]</i></p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / / HORA</p>	<p><i>[Handwritten text, mostly illegible due to blurring]</i></p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / / HORA</p>		

JOÃO

329

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	9/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFÉPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRÁZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 8/8HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UIE OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG.

DR. PEDRO DY
GIOVANNI
CRM/RR 1815
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110x80	70	17	36.50	-	-
12H	110x80	94	18	37.18	+	+
18H	150x80	70	17	36.65	-	-
24H	130x80	73	17	36.2	-	+

Dextro 149 mg/dl

Dextro 146 mg/dl

Dextro 91 mg/dl

H

PESO

kg

LEITO

329


• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES		DIAGNÓSTICO		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS									
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA						
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA						
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA							
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA							
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA							
DRENOS?	SIM () NÃO ()	QUAL?							
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES									
1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. PLÁTURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO									
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()									
CÁRICA PÉSSICO: NÍVEL DE CONSCIENTIA _____									
NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO									
PULSAIS: () REGENTE () NÃO REGENTE () ISOCÓRICOS () ANISOCÓRICOS () MUDANÇA									
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA									
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS									
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () ROZÁVEL () PRECÁRIA									
OBS: _____									
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO									
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO									
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO									
FREQÜÊNCIA: () EUNEÚNICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO									
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO									
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS									
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:									
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA									
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA									
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMINICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA									
APARELHO CARDIOVASCULAR									
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()									
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA									
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME									
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE									
LOCAL DO PULSO: _____ FREQÜÊNCIA: _____									
APARELHO GASTROINTESTINAL									
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO									
RUA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAG. PALPÁVEL									
ELIMINAÇÕES/ NÚMERO DE DEFECOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENIA									

```
APACHE-DO-GENTURINARIQ/DIRECT :  
+ /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl  
+ /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl  
+ /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl -l /usr/bin/perl
```

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA: / / HORA: :	MANHÃ:	DATA: / / HORA: :
<p>16/03/19 9:50 h - PCT. ALBERTA ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO COMUNICATIVA SE GERALMENTE, NECTA ALGIDA, ESTÁVEL, SINTERORENÚCIA.</p> <p>ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO: <i>[Assinatura]</i></p> <p>TARDE: DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:</p>	<p>Paciente no leito 1º andar, unid. de enfermaria, segue sob cuidados de enfermeira.</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>TARDE: DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA: / / HORA: : ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p>		

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	10/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rolena
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				15
15	DEXTRO 12/12HS				12/12
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Não entra no leito

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110x80	90	18	36,6	-	+
12H	130x90	82	22	37,0	+	+
18H	140x80	91	18	36,0	-	+
24H	130x80	70	18	36,2	-	+

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 584

*leite + açúcar -
de 250 a 238 mg/dl*



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 09/04/19	Localização / Região 	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	10/04/19		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Valdeci Cardoso da Silva Aux. de Enfermagem COREN - RR 000 403 547	01- 02-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

NOME: Paulo Roberto dos Santos ID: 329

DATA: 17/03/19 SEXO: () M () F IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG. LEITO: 329 * ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE		LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO () LOCAL: DATA:		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO () LOCAL: DATA:		
SONDA VESICAL	SIM () NÃO () LOCAL: DATA:		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO () LOCAL: DATA:		
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO () LOCAL: DATA:		
DRENOS	SIM () NÃO () LOCAL: DATA:		
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- EMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO			
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()			
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO			
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBTURADAS			
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () POUQUÍSSIMO () PRECÁRIA			
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO			
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
ROR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO			
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO			
MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES			
RUIDOS AVENTUOSOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS			
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:			
() HÍDRATA () ÚMIDA () DESHÍDRATA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA			
() CIANÓTICA () ACANOTICA () JACROCIANÓTICA			
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA			
APARELHO CARDIOVASCULAR			
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()			
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA			
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME			
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:			
APARELHO GASTROINTESTINAL			
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO			
R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES			
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÍPICO () AGUDO () VING PALPÁVEL			
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPÍSDIOS:			
() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MEFENA			
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:			
() FREQUENTE () ESTIMULADA () INTERMITENTE () SVO			
() HEMATURIA () COLOÚRIA () HEMOCÓRIA () POLÚRIA () ISQUIRIA () ANISOCÓRIA () CONCENTRADA			
DIAGNÓSTICO:		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() RISCO DE INECÇÃO		() MANTER VIAS AÉREAS PERVAS	
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ		() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS	
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA		() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE: / H	
() TROCA GASOSA PREJUDICADA		() MANTER MONITORIZAÇÃO	
() ANSIEDADE		() MANTER CABECEIRA ELEVADA	
() MEDO		() ASPIRAR VIAS /TOT	
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ		() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA	
() RISCO PARA NUTRIÇÃO		() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS	
DESEQUILIBRADA		() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS	
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA	
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO		() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVOS	
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS		() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE: / H	
() FADIGA		() OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES	
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE		() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS	
() RISCO PARA QUEIMAS		() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	
() AUTOSTIMA PERBURBADA		() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL	
() DIARRÉIA		() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA	
() CONSTIPAÇÃO		() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: / H	
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		() REALIZAR DEXTRO: / HORAS	
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO		() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRÇÃO	
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		() ORIENTAR AUTO CUIDADO	
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO		() REALIZAR BANHO NO LEITO	
() DOR		() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO: / H	
() HIPOTERMIA		() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO	
() HIPERTERMIA		() PREPARAR PARA EXAMES EM: / H	
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO	
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO		() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA		() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA	
() CONFORTO PREJUDICADO		() OUTROS:	
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO			
() OUTROS:			

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA 7 HORA

TARDE: DATA 7 HORA ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA 7 HORA ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ: DATA 10/05/2006 HORA 08:00

TARDE: DATA 10/05/2006 HORA 02:00 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

NOITE: DATA 10/05/2006 HORA 08:00 ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

TÉCNICO ENFERMAGEM: COREN-PR 12 517

Realizado exame físico e
ausculta no abdômen e
dores normais.

Realizado exame físico e
ausculta no abdômen e
dores normais.


Realizado exame físico e
ausculta no abdômen e
dores normais.

TÉCNICO ENFERMAGEM:
COREN-PR 12 517

JOÃO

329

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	11/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	DEXTRO 12/12HS				SN
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				SN
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250;				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RG 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	110x76	93	20	36,5	-	+
12H	120x80	98	18	37,4	+	+
18H	120x80	101		36,5	-	+
24H	120x85	100	20	36,0	-	+

06 de xeo 130mg/alg

Maria Luzia da S. Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 297.945

Téc. de Enfermagem + Luciane
Maria Luzia da S. Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 297.945

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: João Roberto dos Santos HD 329 • ALÉRGICO ?

DATA: 18/03/19 SEXO: M () F IDADE 32 PESO 70 KG. LEITO 329

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) DATA: 18/03/19



SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) DATA: 18/03/19

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) DATA: 18/03/19

DRENOS? SIM () NÃO (X) QUAL? NAO DATA: 18/03/19

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: NAO GRAU () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

ONS:

TORAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNTICOS () ESTERTORES () SÍRLOS

CIRCULAÇÃO / COR DA PELE / MUCOSAS:

(X) HÍDRATA () ÚMIDA () DESHÍDRATA () CORADA () HIPOCORADA () PALEA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMINAL () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUFORME

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

(X) ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

(X) Desequilíbrio

(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

(X) RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERJUDICADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO

() OUTROS:

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS TQT

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

(X) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA

(X) MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1/1 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA

SAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA

DIETA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: 12 H

() REALIZAR DEXTRO 12 / 12 HORAS

(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 12 / 12 H

(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A

ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS

18/03/19

329

João Roberto dos Santos

Enfermeiro

329

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		JOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / / HORA	MANHÃ:	DATA / / HORA
<p>Paciente em quarto com quadro de hipertensão arterial. Exames, hipotensão com queda de pressão e vômitos, alteração de nível de consciência (vermelho).</p> <p>Sem desconfortos.</p> <p>10/05/2023 08:39</p> <p>Cordeiro</p>	<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: / / HORA</p>	<p>Paciente em quarto com quadro de hipertensão arterial. Exames, hipotensão com queda de pressão e vômitos, alteração de nível de consciência (vermelho).</p> <p>Sem desconfortos.</p> <p>10/05/2023 08:39</p> <p>Cordeiro</p>	<p>ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: / / HORA</p>
<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>NOTA: / / HORA</p>	<p>ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM:</p> <p>NOTA: / / HORA</p>		

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	12/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					mon
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Ratna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					M
15	DEXTRO 12/12HS					18:00
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					20
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:					
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:					
	10 UI DE OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dor em ombro
 Sol. Rx.
 DEXTRO
 99 mg/L

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	112x85	66	20	36,4	+	+
12H	120x80	104	20	37,0	+	+
18H	130x80	90		36,5		
24H	150x80	78	20	36,4	-	+

Dextro - 170 mg/dL

DR. PEDRO DI
 GIOVANNI
 CRM/RR 1615
 RQE 684

Daniele da S. Palmeira
 TCC em Enfermagem
 Coren-RR 437410 TE

Daniele da S. Palmeira
 TCC em Enfermagem
 Coren-RR 437410 TE

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO JOSE DOS SANTOS HD

DATA: 25/03/15 SEXO: () M () F IDADE: 325 PESO: 70 KG. LEITO: 325 • ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA		
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA		
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)	DATA:				
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ()	DATA:				
Sonda nasointestinal: SIM () NÃO (X) DATA: _____ Sonda de drenagem: SIM (X) NÃO () DATA: _____ Sonda de drenagem: SIM (X) NÃO () DATA: _____ IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____					



1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
 CABEÇA/PEÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO
 EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: _____
 TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
 TEMPERATURA: () CÊNTRICA () PERIFÉRICA () DESIGUALDADE () CONADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 APARELHO CARDIOVASCULAR: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL
 APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: (X) FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VASO PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____
 ELIMINAÇÕES: (X) NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELECA

APARELHO GENITURINÁRIO/DURESE: _____
 ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD JUMPIDA () CONCEBIDA
 HEMATURIA () COLÚRIA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO
 () RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
 (X) ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () Desequilíbrio
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
 () TERAPÊUTICO
 () DESCONSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 (X) RISCO PARA Quedas
 () AUTODESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 (X) INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
 () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 () MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 (X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ h
 () MANter MONITORAÇÃO
 () MANter CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS /TGT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 (X) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
 (X) ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 (X) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ h
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
 (X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANter JEJUM A PARTIR DAS _____ h
 () REALIZAR DEXTRO _____ h
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
 (X) ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LENTO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ h
 (X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES ENT
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS

Assinatura do enfermeiro: _____
 Assinatura do médico: _____
 Assinatura do enfermeiro: _____

Assinatura do enfermeiro: _____
 Assinatura do médico: _____
 Assinatura do enfermeiro: _____

Assinatura do enfermeiro: _____
 Assinatura do médico: _____
 Assinatura do enfermeiro: _____

Assinatura do enfermeiro: _____
 Assinatura do médico: _____
 Assinatura do enfermeiro: _____

Assinatura do enfermeiro: _____
 Assinatura do médico: _____
 Assinatura do enfermeiro: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA 12/03/2013 HORA 12:00

Paciente estável com febre, admissão
na enfermaria com sintomas de febre
e dor. Sem alterações de estado
geral. O paciente tem 54 anos e
normal.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:
DATA 12/03/2013 HORA 12:00

TARDE:

DATA 12/03/2013

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ:

DATA 12/03/2013 HORA 12:00

Paciente em quimiocaptação. Verificar
no SSV e PM. Segue em estado
de euforização.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 12/03/2013 HORA 12:00

Segue em estado de euforização

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 12/03/2013 HORA 12:00

NOITE:

DATA 12/03/2013

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA 12/03/2013 HORA 12:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente em estado de euforização. Verificar
no SSV e PM. Segue em estado
de euforização.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 12/03/2013 HORA 12:00

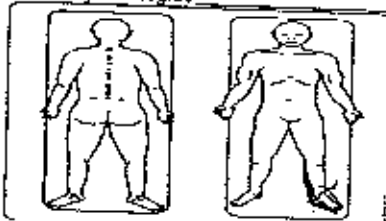
Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 15/03/13

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

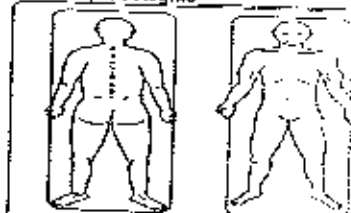


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ocular:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☒ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☒ Outro: Colagenase

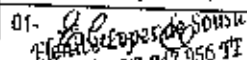
Hora do curativo:

☒ Manhã 10:06 ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

30/03/13

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01-  Eliana Pereira
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 366039

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

01-

02-

OBS:

OBS:

JOÃO

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE			LEITO	329	DATA	13/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					S/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					13/4/19
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					S/D
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
10	SSVV + CCGG 6/8 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					
14	CURATIVO DIÁRIO					
16	DEXTRÔ 12/12HS					
18	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250;					
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:					
	10 UI E OU GLICOSE > 70 U/L ML, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Lucio Medeiros

Pedro 15-04-19

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H						
12H						
18H						
24H						

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: SOA LINDA LACERDA DA SILVA

HO

DATA: 20/03/13 SEXO: (M) M () F IDADE

PESO 32,5 KG, LEITO 325

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) DATA: _____

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) DATA: _____

DRENOS? SIM (X) NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:



LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) POUQUÍVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO

FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

(X) HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACANÔTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA

PULSO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

LOCAL DO PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIVE PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: (X) NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIV RESE:

(X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOSIOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA

() MICÇÃO () ICQUIRIA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

(X) ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESQUILIBRADA

(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBTURACÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() PADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

(X) RISCO PARA Quedas

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANter VIAS AÉREAS PERVAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 16 h

() MANter MONITORIZAÇÃO

() MANter CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

(X) ATENDER PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

(X) MANter ACESSOS VENOSOS PERVIVOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 1 h

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANter JEJUN A PARTIR DAS: 1 h

() REALIZAR DEXTRO 1 / 1 HORAS

(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 1 / 1 h

(X) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULACÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

Assinatura do enfermeiro: _____
COPIAR


Licença Médica
15/07/19

LM
JOÃO

* Prescrição
de enfermagem
em 20/07/19 -
08:00h

Thalita Oliveira de Almeida
Enfermeira
COREN-RR 323859 ENF

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	329	DATA	14/4/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					OND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manhã
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 8/6H SN					
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM					06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) SN					
10	SSVV + CCGG 8/8 H					Rolna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG SN					SN
14	CURATIVO DIÁRIO					18/06
15	DEXTRO 12/12HS					20
16	AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE					
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:					
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:					
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40					
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Pedro de Lima médico

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	120x91	86	-	35	+	+
12H	Licença Médica					
18H						
24H	120x90	89	18	-	-	-

NAME: Soto Rodas de Santos

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	
LEÕES	
DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
RISCO DE INFECÇÃO	

[illegible]

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

DATA:

ASS. E CARIMBO - TCC ENFERMAGEM

Segunda-feira, 16 de Junho de 2014
Paciente em estado de consciência, lucidez
e bom humor. Evoluiu com melhora da
respiração, sem necessidade de oxigênio.
Alimentação e hidratação adequadas.
Sono tranquilo.

TARDE: DATA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE: DATA: ASS. E CARIMBO - TCC ENFERMAGEM:

Teste

Paciente em repouso, sem queixas
de dor, náusea ou vômito.

NOITE: DATA: ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE: DATA: ASS. E CARIMBO - TCC ENFERMAGEM:

Realizado SGL e medicação
C.P.M. e infusão de soro, segue
em observação de enfermagem.



ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TCC ENFERMAGEM:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

329

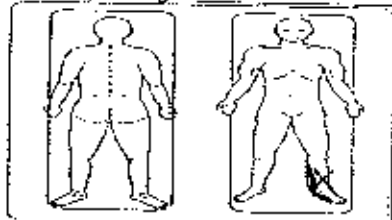
Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 22/03/19

LI GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região



DATA:

LI GRAU - I

LI GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☒ com estacado
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☒ a boira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã 11:23 ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
em caso de 1 de 24hs

22/03/19

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem
Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

01-
Benício Lopes de Sousa
COREN-RR 947.955-99

02-

01-

02-


OBS:

OBS:

329

JOÃO

HC

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	15/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DME E HAS				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				DU
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				26
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Postura
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				DU
15	DEXTRO 12/12HS				18.06
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				20
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 MG/DL, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>BEG</p>					

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR-1615
RQE 684

Croce + suela
06:00h 128 mg/dl
Maria Lúcia de S. Lima
Téc. de Enfermagem
CGRN-RR 297.945

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6H	112/75	78	20	37.0	+	+
12H	120/80	76	20	37.0	+	+
18H	120/80	72	18	36.6	-	+
24H	118/78	73	20	36.5	+	+

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: SARA SODORO DOS SANTOS

HO

DATA: 22/03/25 SEXO: () M () F IDADE

PESO

KG.

LEITO 225

* ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATER	SIM ()	NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER CENTRAL		<input checked="" type="checkbox"/>		
CATER PERIFÉRICO	<input checked="" type="checkbox"/>		LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	<input checked="" type="checkbox"/>			
SONDA NASOGÁSTRICA	<input checked="" type="checkbox"/>			



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()
DRENOS: SIM () NÃO ()
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: DATA:

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA: PESCOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE ()
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS ()
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
VÍAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ PÉRVIAS () OBTURADAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZDÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM ☒ NÃO
FREQUÊNCIA: ☒ EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO ()
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
TOSSSE: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

MAHIDRATADA () ÚMIDA () DEHIDRATADA ()
CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA ()
ICTERICIA ()
CANOTICA () ACANOTICA ()
JACRODANOTICA ()
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR:

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () NÍTIDO () ARRITMICO ()
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO ()
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:
APARELHO GASTROINTESTINAL:

APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () FLÁCIDO () TENSO ()
VANG PALPÁVEL
T.M. VANG PALPÁVEL
T.M. VANG PALPÁVEL
T.M. VANG PALPÁVEL
T.M. VANG PALPÁVEL

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 h
() MANUTER MONITORIZAÇÃO
() MANUTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 h
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: 2 h
() REALIZAR DEXTRO 2 HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 h
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

MANHÃ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA 16/03/2011 HORA 21h

Paciente acordou deitada. Sem queixas. Na noite anterior, dormiu bem. Não houve alteração de humor. Não houve alteração de apetite. Não houve alteração de sono. Não houve alteração de peso. Não houve alteração de temperatura. Não houve alteração de pressão arterial. Não houve alteração de frequência cardíaca. Não houve alteração de frequência respiratória. Não houve alteração de saturação de oxigênio. Não houve alteração de diurese. Não houve alteração de evacuação. Não houve alteração de menstruação. Não houve alteração de gravidez. Não houve alteração de parto. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento.

TARDE

DATA 16/03/2011 HORA 15h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ

ANOTAÇÃO FOLHA TÉCNICA EM ENFERMAGEM

DATA 16/03/2011 HORA 08h

Paciente acordou deitada. Sem queixas. Na noite anterior, dormiu bem. Não houve alteração de humor. Não houve alteração de apetite. Não houve alteração de sono. Não houve alteração de peso. Não houve alteração de temperatura. Não houve alteração de pressão arterial. Não houve alteração de frequência cardíaca. Não houve alteração de frequência respiratória. Não houve alteração de saturação de oxigênio. Não houve alteração de diurese. Não houve alteração de evacuação. Não houve alteração de menstruação. Não houve alteração de gravidez. Não houve alteração de parto. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento.

TARDE

16/03/2011

DATA 16/03/2011 HORA 15h

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente acordou deitada. Sem queixas. Na noite anterior, dormiu bem. Não houve alteração de humor. Não houve alteração de apetite. Não houve alteração de sono. Não houve alteração de peso. Não houve alteração de temperatura. Não houve alteração de pressão arterial. Não houve alteração de frequência cardíaca. Não houve alteração de frequência respiratória. Não houve alteração de saturação de oxigênio. Não houve alteração de diurese. Não houve alteração de evacuação. Não houve alteração de menstruação. Não houve alteração de gravidez. Não houve alteração de parto. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento.

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem
Téc. de Enfermagem
COREN-RN 910.129

NOITE

DATA 16/03/2011 HORA 21h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE

DATA 16/03/2011 HORA 08h

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente acordou deitada. Sem queixas. Na noite anterior, dormiu bem. Não houve alteração de humor. Não houve alteração de apetite. Não houve alteração de sono. Não houve alteração de peso. Não houve alteração de temperatura. Não houve alteração de pressão arterial. Não houve alteração de frequência cardíaca. Não houve alteração de frequência respiratória. Não houve alteração de saturação de oxigênio. Não houve alteração de diurese. Não houve alteração de evacuação. Não houve alteração de menstruação. Não houve alteração de gravidez. Não houve alteração de parto. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento. Não houve alteração de lactação. Não houve alteração de amamentação. Não houve alteração de aleitamento.

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem
Téc. de Enfermagem
COREN-RN 910.129

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

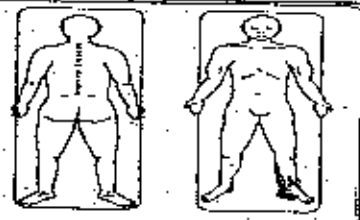
Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 28/03/19

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

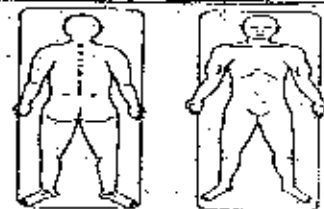


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>hidrogel</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã 10:12 <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	28/03/19	
Símbolo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Flavio Lopes</u> CORRENTE 937 936 77	02- _____
Símbolo e Assinatura do Enfermeiro		01- _____ 02- _____

OBS:

OBS:

HC



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOÃO TEODORO DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	329	DATA	16/4/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFEPIME 1G EV 8/8H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	DEXTRÔ 12/12HS				
16	AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
19	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:				
20	2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:				
	10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40				
	ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG.

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
17.4.19 6H	110/80	77	19	36.4	-	-
12H	130/80	77	17	36.9	+	+
18H						
24H	106/65	77	19	36.4	+	+

Dextro 18hs -> 138 mg/dl
Dextro 24hs -> 193 mg/dl

17.4.19 6h Dextro 119 mg/dl

• *viridula*

João Teodoro dos Santos

DATA: 16/04/19

Localização / Região

GRU-1

$$\sigma_j^2(u, j) = 1$$

i. ci

7: 65.00% 1.00%

7. <http://www.eric.ed.gov>

DATE: 12/12/2012

Approved by:

238

and, for

2000 年 12 月 15 日

• Ark Sirai:

1. $\frac{1}{2} \ln \left(\frac{10}{9} \right) \approx 0.0527$

DOI: 10.1002/for

2014-10-10 10:10:10

$$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$$

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 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. 84


1500

16.01.2015

... ..

Indefinite

15



Pressão: I - II - III - IV Venosa: Anterior ☒ Diabético
 Neuropatia: ☒ Crônica ☒ Isêmica ☒ Outra
 Comprimento: _____ cm Largura: _____ m
 Profundidade: _____ cm
☒ Foco de granulação com escorço
☐ Foco necrótico
☒ Seco, mínimo ☐ Úmido, pouco
☐ Úmido, moderado ☐ Molhado, abundante
☐ Seco ☒ Escorioso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Seroso/sanguineo
☐ Sim ☐ Não
☐ Evidente na manobra de cobadura ☒ Borda do leito
☐ Evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Edema / Rbor
☐ Profundo ☐ Outras

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Fisiológico 0,9% | <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% |
| <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Xave | <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase |
| <input type="checkbox"/> Iodo-branco | <input type="checkbox"/> Sulfato de Prata |
| <input type="checkbox"/> AGI | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Zinco | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

17 (04/19)

Valde Cardoso da Silva 07
Aut. de Reg. e Org. 02
COREN - RR 000.403.547

DATA:

[1] GRAY, J.

□ GRAD - 9

Localize \vec{a} & \vec{b} in $\langle \text{op} \rangle$



100

[illegible]

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) Soro Fisiológico 0,9% | 7) Clorexidina 1% |
| 2) Clorhexina 4% | 8) Dufro: |
| 3) Gaze | 9) Colagelase |
| 4) Fibriase | 10) Solução de clorexidina |
| 5) AGE | 11) Dufro: |
| 6) Mané | 12) Gaze |

31-

32.

1035

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sônia Siqueira dos Santos

DATA: 26/04/13

SEXO: FM () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

328

HD

* ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | LOCAL | DATA |
|---|---|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | LOCAL | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | DATA | DATA |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | DATA | DATA |
| DRENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | QUAL? | DATA |

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒ LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () AGITA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: ☒ NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ☒ LÍQUIDAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM ☒ NÃO
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () BRADIPNEICO () DISPNÉICO
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: ☒ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

☒ HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCÓRADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: ☒ NORTERMO () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSÃO PERIFÉRICA: ☒ NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ☒ NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

APARELHO GENITURINÁRIO/ OULÍSE:

CONFORTO: () BASTANTE () MODERADO () POUCO
HEMORRÁGIA: () NÃO () SIM
T.C.O.R.: () NÃO () SIM
P.O.C.: () NÃO () SIM
P.O.C.: () NÃO () SIM

() RISCO DE INECCÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() RISCO PARA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() ADOLESCÊNCIA PERTURBADA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DOR CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() ADOLESCÊNCIA PERTURBADA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DOR CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() ADOLESCÊNCIA PERTURBADA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DOR CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() ADOLESCÊNCIA PERTURBADA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DOR CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() ADOLESCÊNCIA PERTURBADA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGRADUÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DOR CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
() MANUTER MONITORIZAÇÃO
() MANUTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TQT
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 6/6 H
() OBSERVAR/ COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPRESSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS:

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPRESSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS:

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPRESSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS:

MANHÃ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA 16/04/2014 HORA 10h

Paciente no leito 204, recebeu o banho de higiene, hidratação e curativo nos pontos de sutura. Sem febre, tosse, náuseas e vômitos. Sem alteração da consciência e deambulando bem. Sem dor. Sem sinais vitais alterados.

FELIZ

ENFERMEIRO

TARDE

DATA 16/04/2014 HORA 15h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE

DATA 16/04/2014 HORA 22h

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

20:00 Paciente no leito 204, recebeu o banho de higiene, hidratação e curativo nos pontos de sutura. Sem febre, tosse, náuseas e vômitos. Sem alteração da consciência e deambulando bem. Sem dor. Sem sinais vitais alterados.

FELIZ

ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 16/04/2014 HORA 12h

Paciente emitição de urina. Sem queixas, não há dor. Sem sinais vitais alterados. Segue aos cuidados da equipe.

FELIZ
TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Nº 123456789-10
CONFERMADO

TARDE

DATA 16/04/2014 HORA 18h

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente no leito 204, recebeu o banho de higiene e curativo nos pontos de sutura. Sem febre, tosse, náuseas e vômitos. Sem alteração da consciência e deambulando bem. Sem dor. Sem sinais vitais alterados.

FELIZ


TÉCNICO ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente emitição de urina e fezes. Sem queixas, não há dor. Sem sinais vitais alterados. Segue aos cuidados da equipe.

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

JOÃO 14-05-19. Tendo

| | | | | | |
|--|---|-------|------|------|-----------|
|  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia | | | | | |
| HC | | | | | |
| 329 | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 17/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | SN |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 U/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | M |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | 18h |
| 16 | AMI'TRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20h |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |


EVOLUÇÃO MÉDICA:

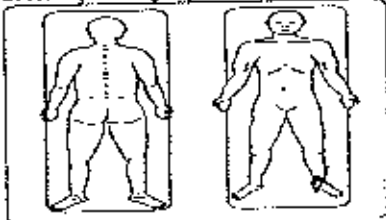
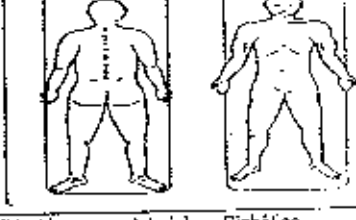
| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | P |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| 6H | 110x80 | 81 | 23 | 36°C | + | + |
| 12H | 120x80 | 80 | 17 | 36.9°C | + | + |
| 18H | 120x80 | 78 | 18 | 37°C | + | + |
| 24H | 137x85 | 67 | 20 | 36°C | + | + |

16h DEXTRO 138 mg

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Andina da Silva Rocha
Enfermagem
CRM-RR 551.043

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Nome: João Teodoro dos Santos | | | |
| DATA: 17/04/19
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm | | Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm | |
| Aparência do Leito:
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | |
| Quantidade de Exsudato
<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato:
<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | |
| Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | |
| Olor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Periférica:
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Hora do curativo:
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs
18/04/19 | | | |
| Carimbo e ass. Fco. em Enfermagem
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
OBS: _____ | | 01- Valdo Cirqueira da Silva
Aux. de Enfermagem
COREN - RR 000 403 547
02- _____
OBS: _____ | |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

NOME: _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG _____

LEITO _____

HD _____

ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|------------|
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL _____ | DATA _____ |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL _____ | DATA _____ |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOENTÉRAL: SIM () NÃO () | DATA: _____ | | |
| DRENOS? SIM () NÃO () | QUAL? _____ | | |

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
VÍAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () PRESENTES
RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
B.B.M.: () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () SOFLENTE () RÍGIDO () TÍNDIO () AGUDO () VAGUE PALPÁVEL
T.M. () NORMAL () DEFORMADO () DISTENDIDO () CONTRAÍDIO () VENTRILHA

LESÕES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() INFERNAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() TERAPÊUTICO
() DESDESTRUIÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() SINCÓPES
() INCONTINÊNCIA PREJUDICADA
() INCONTINÊNCIA PREJUDICADA
() INCONTINÊNCIA PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VIAS TÓT ____
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
() REALIZAR CURATIVO MÃO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS _____

MATERIAL

NOTAÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 10/01/2013

Paciente admitido devido a dor elétrica
abdominal no hipocôndrio direito, diarreia
febril e febre paroxística de 3 dias
relatando bem antes do início, febre
histórica normal, sem medicação
de guerra sem antecedente de

TARDE:

DATA: 10/01/2013

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOME:

DATA: 10/01/2013

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MATERIAL

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 10/01/2013

Paciente admitido com queixas
relatando 55 V cpm. Segue em
suas mãos de repouso.

TARDE:

15:30

DATA: 10/01/2013

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em repouso em quarto
terceiro

NOME:


DATA: 10/01/2013

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente no quarto 31 quarto
1º de internação. Fumante há 20 anos
paciente segue em repouso em quarto

Leandro da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-PR 551.943

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

| | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|-------|--------|-----------|----------|
|  | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | HC |
| | | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 18/4/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | 3h |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | 06h |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | Ratino |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | 1h |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | | 18h 06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | 2h |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UIE OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |


EVOLUÇÃO MÉDICA:

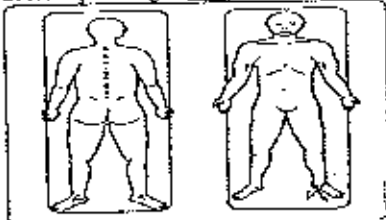
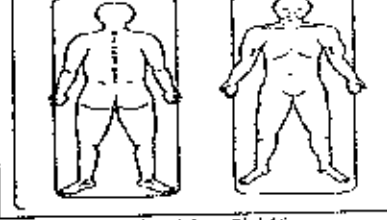
Ratino

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|-----|----|--------|---|---|
| 6H | 120/82 | 95 | 20 | 36°C | - | + |
| 12H | 130/80 | 100 | 20 | 36.6 | + | + |
| 18H | 20x70 | 87 | 18 | 36.6°C | + | + |
| 24H | 120x70 | 77 | 20 | 36.1 | - | + |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

18h de xatne 1.26
06h de xatne

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u> | | | | |
| DATA: <u>15.04.19</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm | Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm | Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Perilesional: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Hora de curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca: | <u>01.05.19</u> | | | 01-
02- |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | Assinatura: <u>Andréa Gomes Gonzaga</u>
Rec. Enfermagem
01- <u>COREN RR 630 058</u> 02- | | | 01-
02- |
| OBS: | | OBS: | | |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Urubici e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 62 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | | |
|---|--|-------|-------|--------|------------|---|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 19/4/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã | |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | SUSPENSO | |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN | |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | SN | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | (06) | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) SN | | | | SN | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Kotina | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG SN | | | | SN | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | (48) (100) | |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | (20) | |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | | |
| <p>BEG</p> <p>laurel de Lilang médica</p> | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
| 6H | Licença médica | | | | | |
| 12H | Licença médica | | | | | |
| 18H | Licença médica | | | | | |
| 24H | Licença médica | | | | | |

HC

Em 19/4/19

Pedro Di Giovanni

Medicina

CRM/R 1615


RQE 684

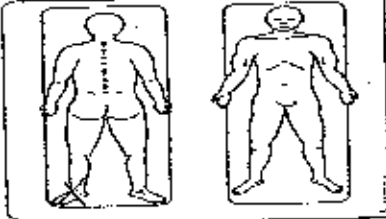
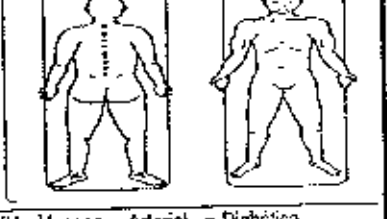
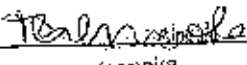
DR. PEDRO DI

GIOVANNI

CRM/R 1615

RQE 684

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome: <u>Geane Teóphoro dos Santos</u> | | 19/02/19 | |
| DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | Aparência do Leito: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade do Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | Quantidade do Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Perifoneal: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | Condição da pele Perifoneal: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Solução para limpoza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Solução para limpoza | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | Hora do curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca: | | Data da Próxima troca: | |
| Em caso de + de 24hs | | Em caso de + de 24hs | |
| arlimbo e ass. Té.: em Enfermagem | 01- <u>Elaine Costa da Silva</u>
Tec. Enfermagem
COREN - RR 051.103.572 | 02- | 01- 02- |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro |  | | |
| DRS: | enfermeira
COREN-RR 322560 ENF | | |
| OBS: | | OBS: | |

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Carla Regina de Jesus HD: 00000000000000000000

DATA: 10/01/2009 SEXO: F IDADE: 30 PESO: 50 KG. LEITO: 309 • ALÉRGICO? ---

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () | | | |
| DRENOS: SIM () NÃO () | | | |

LESÕES

(Handwritten notes in the lesions section)

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: --- GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: ---

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO ---
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS ---

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
() CAMÔTICA () ACANÔTICA () MACROANGIOTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: --- FREQUÊNCIA: ---

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.A.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
EJUNIAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: --- () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MEC.FIMA

APARELHO GENITURINÁRIO/URINÁRIO:

() ESPONTANEA () ESTIMULADA () CICLOSTOMIA () SVD () IMPLANTE () CONCENTRADA
() INCONTINÊNCIA () GUINCHA () INCONTINÊNCIA () INCONTINÊNCIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| | |
|--|--|
| () RISCO DE INFECÇÃO | () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS |
| () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ | () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS |
| () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>---</u> H |
| () TRCO GÁSOSA PREJUDICADA | () MANTER MONITORIZAÇÃO |
| () ANSIEDADE | () MANTER CABECEIRA ELEVADA <u>---</u> |
| () MEDO | () ASPIRAR VIAS TOT <u>---</u> |
| () ENFRENTAMENTO INEFICAZ | () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA |
| () RISCO PARA NUTRIÇÃO | () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS |
| () DESEQUILIBRADA | () OBSERVAR PARA NÁUSEAS VÔMITOS |
| () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | () OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS |
| () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ | () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS |
| () TERAPÊUTICO | () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>---</u> H |
| () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES |
| () RADIGA | () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS |
| () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM |
| () RISCO PARA QUEIMAS | () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL |
| () RISCO PARA LESÃO | () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA |
| () AUTOESTIMA PERTURBADA | () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: <u>---</u> H |
| () DIARRÉIA | () REALIZAR DEIXO <u>---</u> HORAS |
| () CONSTIPAÇÃO | () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO |
| () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | () ORIENTAR AUTOCUIDADO |
| () DEFICIT DO AUTO CUIDADO | () REALIZAR BANHO NO LETO |
| () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>---</u> H |
| () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO | () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO |
| () DOR | () PREPARAR PARA EXAMES EM: <u>---</u> |
| () HIPOTERMIA | () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO |
| () HIPERTERMIA | () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO |
| () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA |
| () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO | () OUTROS <u>---</u> |
| () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA | |
| () CONGOTO PREJUDICADO | |
| () DEFETO CARDÍACO DIMINUIDO | |
| () OUTROS: | |

[illegible]

HC

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR-1615
ROE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Marcelo

DATA: 22/04/89

SEXO: M () F

IDADE: 32

PESO: 70 KG.

LEITO: 329

HD: 329

ALÉRGICO? ---

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-----------------------------|-----------------|------------------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () | NÃO () | DATA: <u>---</u> | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () | NÃO () | DATA: <u>---</u> | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () | NÃO () | DATA: <u>---</u> | |
| DRENOS? SIM () | NÃO () | QUAL? <u>---</u> | |



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: --- GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOVÁVEL () PRECÁRIA

OBS: ---

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO: EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚRMURUS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO ---

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR: RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUFORME

PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: --- FREQUÊNCIA: ---

APARELHO GASTROINTESTINAL: APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() Desequilíbrio

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPEÚTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE --- / --- H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA ---

() ASPIRAR VIAS TÓT ---

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIMAS ALÉGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE --- / --- H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALUAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: --- H

() REALIZAR DEXTRO --- / --- HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO --- / --- H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: ---

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS ---

| EVOLUÇÃO DO PACIENTE | | DATA / HORA | | DATA / HORA | |
|---|-------|--|-------|--|-------|
| MANHÃ | TARDE | MANHÃ | TARDE | MANHÃ | TARDE |
| <p>14:00 O cliente leva o leite, e com
tudo a de beber medula com
retornar p/ algo 21/11/19, no quarto
18:00 O Retornado b. medula com
36,40 TE Apênd, apêndes em a. a.
meia mesa no momento</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA: 21/11/19 17:00</p> <p>NOTE:</p> <p>Paciente com náuseas no peito, sem
auscultar o coração no momento, com a
a. a. em 36,40, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | <p>21/11/19 DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE:</p> | | <p>21/11/19 DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE:</p> | |
| <p>Paciente com náuseas no peito, sem
auscultar o coração no momento, com a
a. a. em 36,40, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | <p>Paciente com náuseas no peito, sem
auscultar o coração no momento, com a
a. a. em 36,40, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | <p>Paciente com náuseas no peito, sem
auscultar o coração no momento, com a
a. a. em 36,40, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40
apêndes, sem apêndes, com a. a. em 36,40</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | |

JOÃO

329

HC

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------|-------|--------|-----------|----------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 22/4/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | SN |
| 8 | OMÉPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | SN |
| 9 | SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | Ratmo |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | | SN |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | SN |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |


EVOLUÇÃO MÉDICA:

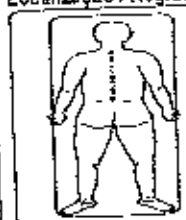
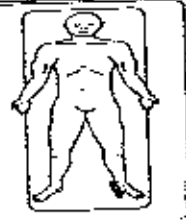
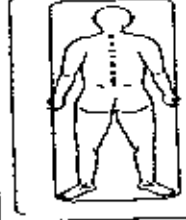
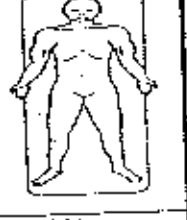
| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| 6H | 110/70 | 70 | 17 | 36.5 | - | + |
| 12H | 120/70 | 75 | 17 | 36.5 | + | + |
| 18H | 120/70 | 77 | 18 | 36.5 | - | + |
| 24H | 120/70 | 73 | 18 | 36.5 | - | + |

Dr. Pedrinho Okeiro
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 145114

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

destro 335 mg/dl.
06:00h Destro 234 mg/dl

| | | | | |
|--|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Nome: João Teodoro dos Santos | | Localização / Região | |
| DATA: 22/04/19 |   | DATA: |   |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I | | <input type="checkbox"/> GRAU - I | |
| <input type="checkbox"/> GRAU - II | | <input type="checkbox"/> GRAU - II | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Perilesional: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Neomex 1% | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã 08:24 <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da próxima troca:
Em caso de + de 24hs | 23/04/19 | | |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | 01- [Assinatura] 02- | 01- 02- | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | |
| OBS: | | OBS: | |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

100

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 1/10/2015

MANHÃ:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 1/10/2015

TARDE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 1/10/2015

NOITE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASSOCIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 1/10/2015

MANHÃ:

Paciente em atendimento com queixa de dor abdominal e náusea. Foi realizada a administração de analgésico e observada a evolução.

Ass. Regia R. Castro

Téc. Enfermagem

CPF: 000.000.000-00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA: 1/10/2015

TARDE:

Paciente em atendimento com queixa de dor abdominal e náusea. Foi realizada a administração de analgésico e observada a evolução.

Ass. Regia R. Castro
Téc. Enfermagem
CPF: 000.000.000-00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

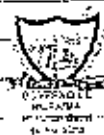
DATA: 1/10/2015

NOITE:

Paciente em atendimento com queixa de dor abdominal e náusea. Foi realizada a administração de analgésico e observada a evolução.

Ass. Regia R. Castro
Téc. Enfermagem
CPF: 000.000.000-00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 23/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | San |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | montan |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIKONA 1G EV 6/6H SN | | | | San |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | San |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | San |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | San |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rodima |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | San |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | San |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | San |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | San |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTÉ, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1824/RR

DEXTRO

14HS → 203 mg
22h → 137 mg
06h 103 mg/dl

| | | | | | |
|---------------|--------|----|----|--------|---|
| | PA. | FC | FR | TEMP | |
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| 6 H | 120/70 | 78 | 20 | 36,5 | |
| 12 H | 120/80 | 87 | 19 | 36,5°C | + |
| 18 H | 130/90 | 77 | 19 | 36,0°C | |
| 24 H | 120/80 | 66 | 20 | 36,3 | + |

NOME: João Tadeu dos Santos HD Fratura de tornozelo e
 DATA: 23/04/19 SEXO: M () F IDADE: 328 PESO: 70 KG. LEITO: 328 • ALÉRGICO? Não

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|----------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () | NÃO () | DATA | |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () | NÃO () | DATA | |

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()
 DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? Qual? DATA: 23/04/19

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTADO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CARÇA PESCO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERFECTAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: EUPNEÚTICA () BRADIPNEÚTICA () DISPNEÚTICA

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÍNCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

QUADRICULADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 TEMPERATURA DA PELE: NORMAL () HÍPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMOCÁRICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUSENTE ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 BILHA () AUSENTES () PRESENTES ANGORE () ILIADO () DISTENDIDO () TÍPICO () LOGO DO TÍPICO ()
 DUREZA DO ABDOMEN: () MOLE () DURA () RÍGIDA ()
 RUÍDOS INTESTINAIS: () NORMAIS () AUMENTADOS () DIMINUIDOS () AUSENTES ()

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GÁSICA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () DESQUILIBRADA
 () IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
 TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS
 AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIABREIA
 () CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL
 PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HÍPERTERMIA
 () INEQUIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () SELECÇÃO PREJUDICADA
 () CONTATO PREJUDICADO
 () DIFICULDADE DE DEAMBULACÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VAS
 VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 24 H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECERA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS T/OT
 () VERIFICAR ALÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 24 H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
 ELIMINAÇÕES.
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
 GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
 DIETA
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: 24 H
 () REALIZAR DEXTRO 24 HORAS
 () RECOMENDAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
 () REALIZAR AUTO CUIDADO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 24 H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EN:
 () REALIZAR HIGIENE DE COVOITO
 () ESTIMULAR DEAMBULACÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A
 ATIVIDADE FÍSICA.
 () T.O. TROS

| INSCRIÇÃO DO ENFERMEIRO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|--|--|-----------------------------------|-------------|
| MANHÃ | DATA / HORA | MANHÃ | DATA / HORA |
| <p>Recebi a visita da enfermeira em 03/11/2019. Encontrei a paciente em boas condições, mas com dores nas costas e pernas. Foi realizada a avaliação e o plano de cuidados foi atualizado.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | <p>Recebi a visita da enfermeira em 03/11/2019. Encontrei a paciente em boas condições, mas com dores nas costas e pernas. Foi realizada a avaliação e o plano de cuidados foi atualizado.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | | |
| <p>NOITE: DATA / HORA</p> | <p>NOITE: DATA / HORA</p> | | |



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 24/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manter |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Ratma |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 12h 12h 06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20 |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:


PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

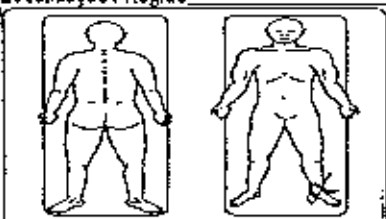
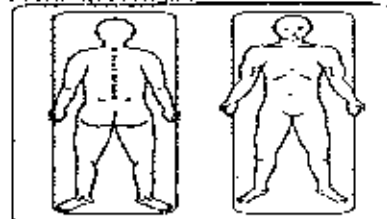
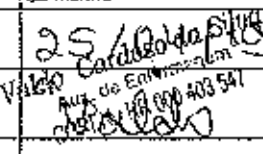
Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | 36.4°C | | |
| 6 H | 120x86 | 92 | 19 | 36.4°C | | |
| 12 H | 100x70 | 95 | 19 | 37 | + | + |
| 18 H | 120/80 | 84 | 19 | 36° | + | + |
| 24 H | 110x84 | 80 | 22 | 36.4°C | + | + |

14h Dextro 12h 06

14h Dextro 12h 06
06h 132mg/dl

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | | |
|--|---|------|--|---|--|
| Nome: João Teodoro das Santos | | | | | |
| DATA: 22/04/15 | Localização / Região | | DATA: | Localização / Região | |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II |  | | <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II |  | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: cm Largura: cm
Profundidade: cm | | Comprimento: cm Largura: cm
Profundidade: cm | | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | | |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | |
| Tipo de exsudato: | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Perilesional: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | |
| Data da Próxima troca: | 25/04/15 | | | | |
| Em caso de + de 24hs | 01-  02- | | 01- 02- | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | |
| OBS: | | OBS: | | | |

Ous: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CoavaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

329



SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 25/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspenso |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 1x |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 1x 2x 3x |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 2x |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elton Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|----------------------|--------|----|----|-------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | + | 0 |
| 6 H | 124x78 | 68 | 18 | 36.0 | + | + |
| 12 H | 120x80 | 76 | 17 | 36.7° | + | + |
| 18 H | 140x80 | 78 | 18 | 36 | + | + |
| 24 H | 108x76 | 79 | 19 | 36° | + | + |

Jeodina da Silva Rocha
 Enfermeira
 COREN-RR 551.943

22 → 124 mg/dL
 06 → 75 mg/dL

Jeodina da Silva Rocha
 Enfermeira
 COREN-RR 551.943

16h 14cm

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: SONIA BELO

HD

DATA: 05/04/15

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO 325

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) | | DATA: | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () | | DATA: | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) | | DATA: | |
| DRENOS: SIM () NÃO (X) | | QUAL? | |

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

CAVEIRA PECCO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () OBTURADAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

MOEDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMA () HIPERTERMA () HIPOTERMA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VÍVIO PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELISMA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSES:

MITOSOTÍMICA () ES. MÚLTIPLO () CISTOSTOMIA () SVG () LÍMPIDA () CONJUNTO


DIAGNÓSTICO

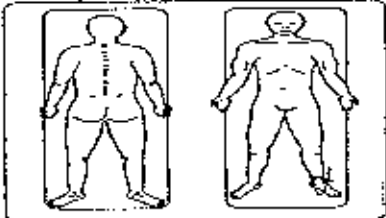
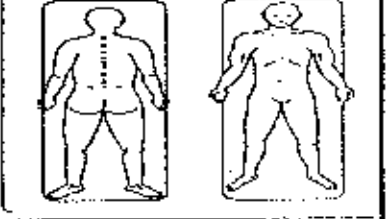
() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() RISCO PARA CONTROLE INEFICAZ
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTODESTIMA PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
() TENTAR PARA QUEIXAS ALGUMAS
() ATENTAR PARA VÂNUSES E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H
() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEITO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS:

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|---|---|----------------------------------|----------------------------|
| MANHÃ: | DATA: 25/04/2018 HORA: 11h | MANHÃ: | DATA: 25/04/2018 HORA: 11h |
| <p>Recebera odores, suores, odores, suores
na cabeça, nariz, boca, olhos. Satisfeita a
sem sentir odores, suores, suores a
sintomas ou sintomas de dor ou de
funções fisiológicas normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA: / HORA: </p> | <p>Recebera odores, suores, odores, suores
na cabeça, nariz, boca, olhos. Satisfeita a
sem sentir odores, suores, suores a
sintomas ou sintomas de dor ou de
funções fisiológicas normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA: / HORA: </p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA: / HORA: </p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA: 25/04/2018 HORA: 10</p> <p>paciente em repouso, para um
acompanhamento</p> <p>Te. de Enfermagem
CORREN RR 916.123</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA: 25/04/2018 HORA: 10</p> | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Nome: <u>João Teodoro das Santos</u> | | | | | |
| DATA: <u>25/04/19</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacão
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacão
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | | |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Perifoneal: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | |
| Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs | <u>26/04/19</u> | | | | |
| Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem | 01- <u>Valdo</u> 02- | | 01- 02- | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | | | |
| OBS: | | | OBS: | | |

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|---------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 26/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/8H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06h |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | 3h |
| 10 | SSVV + CCGG 6/8 H | | | | Ratão |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 1h |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 12h, 14h, 16h |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20h |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

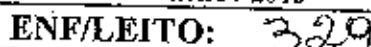
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|-------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 120/74 | 77 | 16 | - | + | - |
| 12 H | 120/74 | 77 | 18 | 36.9 | + | + |
| 18 H | 120/80 | 87 | 17 | 36.6C | + | - |
| 24 H | 120/80 | 80 | 18 | - | + | + |

36.6C DEXTRO 123 mg/dl
0806h perfu. 129 mg/dl

329

111

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Isabela SEXO: F IDADE: 30 PESO: 50 KG. LETO: 30/07 HD: 30/07 • ALÉRGICO?

DATA: 30/07/2022



| EXAME FÍSICO DO PACIENTE | | | | LESÕES | | DIAGNÓSTICO | | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | |
|--|--|--|--|--------|--|--|--|---|--|
| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | | | | | | <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
<input type="checkbox"/> TPOCA GASOSA PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> ANSIEDADE
<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO
<input type="checkbox"/> Desequilíbrio
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
<input type="checkbox"/> Deseobstrução Ineficaz de vias aéreas
<input type="checkbox"/> Fadiga
<input type="checkbox"/> Intolerância a atividade | | <input type="checkbox"/> MANter vias aéreas permeáveis
<input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VAS
<input type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
<input type="checkbox"/> MANter monitorização
<input type="checkbox"/> MANter cabeceira elevada ____
<input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS 7/OT
<input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
<input type="checkbox"/> ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
<input type="checkbox"/> OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
<input type="checkbox"/> MANter acessos venosos permeáveis
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
<input type="checkbox"/> OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
<input type="checkbox"/> VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
<input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
<input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
<input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA | |
| SONDAS NASOENTERAL: SIM () NÃO ()
DRENOS: SIM () NÃO () QUAL? _____
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
CARGA PESCOLO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____ | | | | | | | | | |
| TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () TOSSE: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: _____
() HÍDRATADE () ÚMIDA () DESHÍDRATADE () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA
() CLAMÓTICA () ACANÓTICA () MACROCANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA | | | | | | | | | |
| APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ | | | | | | | | | |
| APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES
ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA | | | | | | | | | |
| APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () HEMATÚRIA () HEMÓRRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA | | | | | | | | | |

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|--|---|--|---|
| MANHÃ: | DATA / HORA | MANHÃ: | DATA / HORA |
| <p>08:30 Realizado o exame físico - Geral e Especial - Ausculta do pulmão e coração.</p> <p><i>Realizado</i>
Inalação de Oxigênio
Enfermeira
COREN-PR 22880 ENF</p> | <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | <p>Exame no leito realizado e observados sem AVE. foi realizado curativo em AVE com 500gr e Soro fisiológico e febre com colagem e gaze.</p> <p><i>Realizado</i>
Técnico de Enfermagem
COREN-PR 683.555-TE</p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> |
| <p>Passante no leito - Sem queixas. Sem AVE. Curativo na E. realizada e sem sinais de infecção. Pulmão e coração sem alterações.</p> <p><i>Realizado</i>
Técnico de Enfermagem
Enfermeira
COREN-PR 22880 ENF</p> | <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> | <p>Dem. intracraniais.</p> <p><i>Realizado</i>
947-9376-TE</p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> |
| <p>08:00 Passante sem queixas. Ausculta do pulmão e coração sem alterações.</p> <p><i>Realizado</i>
Técnico de Enfermagem
Enfermeira
COREN-PR 22880 ENF</p> | <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> | <p><i>Realizado</i>
Técnico de Enfermagem
Enfermeira
COREN-PR 22880 ENF</p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / HORA</p> |



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 28/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SNB |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | Manten |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | OK |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 14-20-06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20 |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

14:00h -- Dextro -> 172 uug/dl

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 116/80 | 71 | 19 | 36.7°C | + | - |
| 12 H | 120/80 | 79 | 16 | - | + | - |
| 18 H | 150/90 | 75 | 18 | 36.4°C | + | - |
| 24 H | 116/81 | 79 | 19 | 36.4°C | | |

245 uug/dl

Elas Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

06:00h Dextro 115 uug/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Roberto dos Santos

DATA: 20/04/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

329

• ALÉRGICO?

HO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| | | | |
|--------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| SONDA NASOENTERAL | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| DRENOS | SIM () NÃO () | QUAL? | |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOVÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MÚLTIPLOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIDA

() CLAUDICANTE () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DesequilíBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QÜEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRÔNICO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS FROT ____

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENDER PARA NAUSEAS E VÔMITOS.

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR

ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H

() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: ____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() OUTROS


| EVOLOGIO DO ENFERMEIRO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|------------------------------------|---------------|--|---------------|
| MANHÃ: | DATA / / HORA | MANHÃ: | DATA / / HORA |
| <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> | | <p>ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:</p> | |
| <p>TARDE: DATA / / HORA</p> | | <p>TARDE: DATA / / HORA</p> | |
| <p>NOITE: DATA / / HORA</p> | | <p>NOITE: DATA / / HORA</p> | |
| <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> | | <p>ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:</p> | |
| <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> | | <p>ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:</p> | |

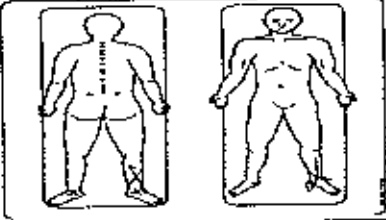
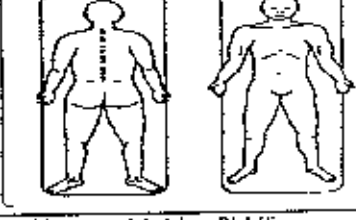
2x no total, medicação prescrita e ministrada 5ml por via oral

Ass. E Carimbo do Técnico em Enfermagem

ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO- TÉCN. ENFERMAGEM:

| | | | | |
|---|--|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome: <u>João Teodoro</u> | | | |
| DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | | Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | Aparência do Leito:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | |
| Quantidade de Exsudato
<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | Quantidade de Exsudato
<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | Tipo de exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | |
| Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | |
| Odor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | Odor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Perifoneal:
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | Condição da pele Perifoneal:
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | Solução para limpeza
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | Cobertura primária (Contato direto na lesão)
<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Hora do curativo:
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | Hora do curativo:
<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da próxima troca:
Em caso de + de 24hs | | | |
| Carimbo e ass. Tcn. em Enfermagem
01- <u>Lucilene</u> | | Carimbo e ass. Tcn. em Enfermagem
02- <u>Maria Aparecida V. Santos Rios</u>
COREN 519.702 | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | |
| OBS:
<u>ferida limpa e seca</u>
<u>sem dor.</u> | | OBS: | |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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

HC

329

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 29/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | 5h |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monit |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/8H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 9h |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | 9h |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | 9h |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG | | | | 9h |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 9h |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 9h |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20h |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

DEXTRO

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 140/80 | 83 | 20 | 36,8 | + | + |
| 12 H | 120/60 | 64 | 17 | 36,8 | + | + |
| 18 H | 130/80 | 77 | 18 | 36,6 | + | + |
| 24 H | 122/73 | 89 | 18 | 36,6 | + | + |

139 mg/dL

90 mg/dL

313 mg/dL



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 30/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/8H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + COGG 6/6 H | | | | Ratino |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM/HG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | SN |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | SN |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | | | | | D E | | DEXTRO | |
|---------------|--------|----|----|--------|-----|----|--------|-----------|
| | | | | | PA | FC | FR | TEMP |
| SINAIS VITAIS | | | | | | | | |
| 6 H | 123/79 | 84 | 20 | 36°C | + | 0 | | 199 mg/dl |
| 12 H | 140/70 | 91 | 19 | 37.1°C | + | - | | 95 mg/dl |
| 18 H | 146/80 | 73 | 19 | 36.2° | + | 0 | | |
| 24 H | 145/83 | 70 | 20 | 36°C | + | - | | |

199 mg/dl = 3.44 mmol/L

95 mg/dl = 2.07 mmol/L

240 mg/dl = 5.55 mmol/L

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO PEDRO DE SOUZA HD: 33S
 DATA: 30/04/18 SEXO: () M () F IDADE: 33 PESO: 70 KG. LEITO: 33S • ALÉRGICO? NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

| CONTROLE DE CATERES E SONDAS | | | |
|------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATERE CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| CATERE PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO (X) | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM (X) NÃO () | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO (X) | DATA: _____ | | |
| DRENOS? SIM (X) NÃO () | QUAL? _____ | | |



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () SUCRÁVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
 MURMÚROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSESSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

() HIDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICA
 () CLAMÓTICA () ACANÓTICA () JACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NÓRMACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA
 APARELHO GENITURINÁRIO/ OÍDRESE: () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA
 () HEMATÚRIA () CONTÍNUA () INTERMITENTE () MICTÚRIA () MICTURIA () MICTURIA () MICTURIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GÁSICA PREJUDICADA
 () INSEGURANÇA
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () Desequilíbrio
 () INSEGURANÇA FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
 () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANter VIAS AÉREAS PERVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 2/2 h
 () MANter MONITORIZAÇÃO
 () MANter CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS ATQT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2/2 h
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANter JEJUN A PARTIR DAS: _____ h
 () REALIZAR DEXTRO: _____ / _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO
 () REALIZAR BANHO NO LEITO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO: _____ / _____ h
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS: _____

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | | |
|---|------|------|--|------|------|
| MANHÃ | DATA | HORA | MANHÃ | DATA | HORA |
| <p>Carimbo, atendi. Lucila, com febre
nao melhorou, vomitos, diarreia ou
dores como resaca. Orelhas em
esta funcao fisiologica normal</p> <p>CONF</p> | | | <p>Paciente orientado, sem queixas
realizado SSV + com. Segue
aos cuidados da equipe.</p> <p>Elizandra Regina R. Castro
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 907549</p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA: HORA:</p> | | | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: 16h DATA: HORA:</p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA: HORA:</p> | | | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA: HORA:</p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | | <p>Alendo SSV + ordm. do medico
Cabe com. mais da Paciente. Não
na coracao de transio 900.944V.</p> <p>11/11/2007
Daniele da S. Palmeira
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 437410 TE</p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | | |



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

HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

329

DATA

1/5/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DM E HAS

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 CEFEPIME 1G EV 8/8H

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

5 DAPIRONA 1G EV 6/6H SN

6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA SN

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

8 OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

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

10 SSVV + CCGG 6/6 H

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

14 CURATIVO DIÁRIO

15 DEXTRO 8/8HS

16 AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA: +

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. FUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|-------------|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 120/60 | 69 | 20 | 36 | - | temperatura |
| 12 H | 120/60 | 73 | 19 | 36.6 | + | temperatura |
| 18 H | 120/60 | 72 | 19 | 36.5 | - | temperatura |
| 24 H | 120/60 | 77 | 19 | 36.5 | - | temperatura |

29/5 -> Dextro = 251

14H 184mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG. LEITO _____

HD _____

* ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|------------------------------|-----------------|-------------|-------------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL - SIM () | NÃO () | DATA: _____ | DATA: _____ |
| SONDA NASOGÁSTRICA - SIM () | NÃO () | DATA: _____ | DATA: _____ |
| SONDA NASOENTERAL - SIM () | NÃO () | DATA: _____ | DATA: _____ |
| DRENOS - SIM () NÃO () | QUAL? _____ | | |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INEFCIAZ

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESOUBRIBDA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA ____

() ASPIRAR VIAS /TOT ____

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍBRICO DE ____/____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H

() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO

() ORIENTAR AUTO-CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: ____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULATÓRIO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____

() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GASTROINTESTINAL/DUREZA: _____

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () DISTOSTOMIA () SVG () LÍMPIDA () CONCENTRADA () UMIATÁRIA () COLÚTURA () TUBULÁRIA () PRUÍDITA () DENTÁRIA () LAMINÁRIA

[illegible]



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 2/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | 32h |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | montar |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Ratino |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 12/18/06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20 |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | Divisão 1 fis. | |
|---------------|--------|----|----|------|----------------|----|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 106/63 | 67 | 20 | 36.7 | | |
| 12 H | 142/88 | 75 | 20 | 35.5 | + | |
| 18 H | 120/80 | 85 | 20 | 36°C | + | |
| 24 H | 110/70 | 65 | 20 | 36.5 | D+ | E+ |

DEXTRO
179 mg/100
123mg

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sônia S. Soares

HD

DATA: 08/04/93 SEXO: FM IDADE: 33

PESO: 53 KG.

LEITO: 333

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | DATA: | DATA: | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | DATA: | DATA: | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () | DATA: | DATA: | |
| DRENOS: SIM () NÃO () | QUAL? | | |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
- ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
- CABEÇA: PESCOÇO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA
- ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
- OS:

TORAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSO: NÃO () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () ROMBOS () ESTERTORES () SIBILOS
- CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:
- MOEDRADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
- () CIANÓTICA () ACANOTICA () JACROCIANOTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO: () NORMAL () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA
- () HEMATÚRIA () COLOÚRIA () LONGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGRUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 26 H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECERA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS /NOT
- () VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENDER PARA Quedas ALGICAS
- () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: 2 H
- () REALIZAR DEXTRO 2 HORAS
- () ORIENTAR AO BANO DE ASPERÇÃO
- () REALIZAR AUTO CUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | | NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | | |
|---|------|------|--|------|------|
| MANHÃ: | DATA | HORA | MANHÃ: | DATA | HORA |
| <p>Paciente estável. Sem queixas agudas. Refere boa generalidade do sono. Nada noentes e vômitos, diarreia. Delirado bem. Ausência de febre. Hemodinâmica.</p> <p>ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:</p> | | | <p>Paciente estável. Bom medicação. SSV de rotina. EFT positivos. Em suíte - Químico.</p> <p>ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | | |
| <p>TARDE:</p> <p>ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:</p> | DATA | HORA | <p>TARDE: 16:00</p> <p>ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | DATA | HORA |
| | | | <p>Paciente em TE Positivo, com autossensibilização. Ocasionalmente de reações. Hemodinâmica.</p> <p>ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | | |
| <p>NOITE:</p> <p>ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:</p> | DATA | HORA | <p>NOITE:</p> <p>ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | DATA | HORA |
| | | | <p>Realizado SSV e medicação. Paciente em suíte. Hemodinâmica.</p> <p>ASS. E CARIMBO: TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | | |



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

HC

329

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 3/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SV |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | montei |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SV |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SV |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SV |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SV |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SV |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Qdimo |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SV |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SV |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | SV |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | SV |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. FUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|-------|---|---|
| SINAIS VITAIS | 120/70 | 72 | 21 | | | |
| 6 H | 120/70 | 72 | 21 | 36,6 | + | + |
| 12 H | 100x70 | 85 | 19 | 36,6 | + | - |
| 18 H | 110x70 | 97 | 19 | 35,50 | + | + |
| 24 H | 134/63 | 73 | 19 | 36,3 | + | - |

15h Dextro 165 mg/dl
22h Dextro 177 mg/dl
06 h. Dextro 97 mg/dl

foram



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: SOARES, Deborah dos Santos

HD Interno de Farmácia

DATA: 03/05/18 SEXO: M () F () IDADE: 33 PESO: 58 KG. LEITO: 338 ALÉRGICO? NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X) | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () | | | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) | | | |
| DRENOS? SIM () NÃO (X) | | | |

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA/PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINuíDA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOE INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚNIMOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

(X) HIDRATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CONJUNTA () HIPOCÓRADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () LACRIMATÓRIA
TEMPERATURA DA PELE: (X) NÓRMEICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRÉGULAR ()
PERCUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NÓRMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NÓRMAL () DIMINuíDO () AUSENTADO
SINAIS: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSE () AGUDO () MOLE PALPÁVEL
EVACUAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: 4 (X) NÓRMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

TESTÍCULOS: () NÓRMAL () ENZIMATICO () DILATADO () CONGESTIONADO ()
VAGINA: () NÓRMAL () DILATADA () CONGESTIONADA ()
UTERO: () NÓRMAL () DILATADO () CONGESTIONADO ()

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|--|
| () RISCO DE INFECÇÃO | () MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS |
| () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS |
| () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>26</u> H |
| () TROCA GASOSA PREJUDICADA | () MANter MONITORIZAÇÃO |
| () ANSIEDADE | () MANter CABECEIRA ELEVADA |
| () MEDO | () ASPIRAR VIAS /TOT |
| () ENFRENTAMENTO INEFICAZ | () VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA |
| () RISCO PARA NUTRIÇÃO | () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS |
| () DesequilíBRADA | () MANter PARA NÁUSEAS E VÔMITOS |
| () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA |
| () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS |
| () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE <u>1</u> H |
| () FADIGA | () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES |
| () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS |
| () RISCO PARA QUEIMAS | () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM |
| () AUTOESTIMA PERTURBADA | () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL |
| () DIARRÉIA | () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA |
| () CONSTIPAÇÃO | () MANter JEJUM A PARTIR DAS: <u>1</u> H |
| () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | () REALIZAR DEXTRO <u>1</u> HORAS |
| () DEFICIT DO AUTO CUIDADO | () ENCAMINHAR AO GAJO DE ASPIRÇÃO |
| () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | () ORIENTAR AUTOCUIDADO |
| () RISCO PARA BROMCO ASPIRAÇÃO | () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> H |
| () DOR | () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO |
| () HIPOTERMIA | () PREPARAR PARA EXAMES EM: |
| () HIPERTERMIA | () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO |
| () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | () ESTABILIZAR DEAMBULAÇÃO |
| () PAUÃO DO SONO PREJUDICADO | () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA |
| () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA | () QUITOS |
| () CONTORTO PREJUDICADO | |
| () DEFICIT CARDÍACO DISTURBADO | |
| () OUTROS: | |

MANHÃ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 21/05/2018 HORA: 14:00

Paciente acordou, sentindo-se bem, com
a evolução da enfermagem, hipotensão com
pressão arterial normal, 100/60 mmHg, com
frequência cardíaca normal, 70 bpm, com
respiração normal, 18 rpm, com saturação de
oxigênio normal, 98%.

TARDE:

DATA: 21/05/2018 HORA: 18:00

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOME:

DATA:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 21/05/2018 HORA: 14:00

Paciente acordou, sentindo-se bem, com
a evolução da enfermagem, hipotensão com
pressão arterial normal, 100/60 mmHg, com
frequência cardíaca normal, 70 bpm, com
respiração normal, 18 rpm, com saturação de
oxigênio normal, 98%.

TARDE:

DATA: 21/05/2018 HORA: 18:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente acordou, sentindo-se bem, com
a evolução da enfermagem, hipotensão com
pressão arterial normal, 100/60 mmHg, com
frequência cardíaca normal, 70 bpm, com
respiração normal, 18 rpm, com saturação de
oxigênio normal, 98%.

NOME:

DATA:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente acordou, sentindo-se bem, com
a evolução da enfermagem, hipotensão com
pressão arterial normal, 100/60 mmHg, com
frequência cardíaca normal, 70 bpm, com
respiração normal, 18 rpm, com saturação de
oxigênio normal, 98%.

Samara Rodrigues

Téc. de Enfermagem

COREN-RR 100000

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



Acompanhamento das Feridas

Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

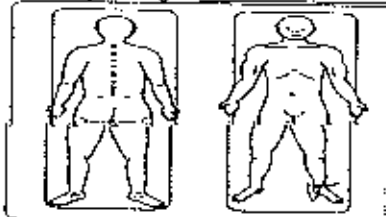
ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

DATA: 03/05/19

☐ GRAU - I☒ GRAU - II

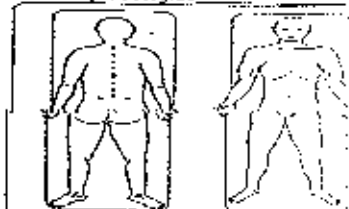
Localização / Região



DATA:

☐ GRAU - I☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odorCondição da pele
Perifoneal:☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:Cobertura primária
(Contato direto na lesão)☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☒ Outro: Neomicina

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ TardeData da Próxima Troca:
Em caso de + de 24hs

04/05/19

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem01- Valéria da Silva
AUX. de Enfermagem
COREN - RR 000 403 541Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

Obs: documento elaborado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

329



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 4/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SNB |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | Manten |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspenso |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | Obs |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 8/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 14-02-06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | Obs |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 16 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS: NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|----------------------|--------|----|----|--------|---|---|
| VITAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 115/70 | 75 | 19 | 36.0 | | |
| 12 H | 110x70 | 73 | 20 | 36.0 | + | |
| 18 H | 130x78 | 68 | 19 | 36.4°C | + | - |
| 24 H | 110/70 | 79 | 20 | 36.2 | + | - |

1.000ml 240mg/dl
 1.000ml a

Acompanhamento das Peridas
Comissão de Curativo - CIC



Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEI PO: 329

01- *Trico* *Leiteiro* *dos* *Santos*

| Localização / Região | DATA: | Localização / Região |
|--|--|---|
|  | GRAU: I
GRAU: I |  |
| Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
neuropática cirúrgica Trauma local: _____
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm
Tecido de granulação com esfacelo
Tecido necrótico
seco, mínimo úmido, pouco
úmido, moderado molhado, abundante
Soro: fibrinoso sanguinolento
Purulento Soro sanguinolento
Sim Não
Evidente na remoção da cobertura na beira do leito
Evidente ao entrar no quarto Sem odor
Normal Macerada seca Infundida Rubra
Prurido Outras _____
Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 2%
Clorexidina 4% Outro: _____
Gaze Colapasso
Fibrinase Sulfadiazina da Prata
AGE Outro: _____
Manhã Tarde
01- 02-
Ediane Costa da Silva
Tcc Enfermagem
COPEM - RRM 00303 | Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
neuropática cirúrgica Trauma local: _____
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm
Tecido de granulação com esfacelo
Tecido necrótico
seco, mínimo úmido, pouco
úmido, moderado molhado, abundante
Soro: fibrinoso sanguinolento
Purulento Soro sanguinolento
Sim Não
Evidente na remoção da cobertura na beira do leito
Evidente ao entrar no quarto Sem odor
Normal Macerada seca Infundida Rubra
Prurido Outras _____
Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
Clorexidina 1% Outro: _____
Gaze Colapasso
Fibrinase Sulfadiazina da Prata
AGE Outro: _____
Manhã Tarde
01- 02- | |

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Apelido

HD

DATA:

04/05/09

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

389

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATERER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATERER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | | |

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA: _____
 DIENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1-FERIMENTO 2-ABRAÇÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AERÉAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () SAZONÁVEL () PRECÁRIA
 ODS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 OOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () SUPLENIC () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADOVENTIVOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COOR BA PELE/MUCOSAS:

() HIBRATADA () ÚMIDA () DESHIDRATADA () COPADA () HIPOCOPADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () C ANÓTICA () ACIANÓTICA () JACOCANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PENSIÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () NORMAL () ACUMULADO () FALSO
 PULSO: () NORMAL () ACUMULADO () FALSO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABRILHAMENTO: () NORMAL () ANORMAL ()
 ESTADIO INTESTINAL: () NORMAL () ANORMAL ()
 ESTADIO INTESTINAL: () NORMAL () ANORMAL ()
 ESTADIO INTESTINAL: () NORMAL () ANORMAL ()

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANUTER
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASTOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () EXPERIMENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 DESEQUILIBRADA
 () IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
 TERAPEUTICO
 () DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS
 AERÉAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA QUIDAS
 () AUTESTIMA PERTURBADA
 () DIARREIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL
 PREJUDICADA
 () RISCO PARA BOM CONTO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTENSIDADE DA DOR PREJUDICADA
 () DOR DO COTÓVULO DEJEITO
 () DOR DO COTÓVULO DEJEITO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AERÉAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANUTER MONITORIZAÇÃO
 () MANUTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS /TOT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE _____ H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR
 ELIMINAÇÕES
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
 GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA
 DIETA
 () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
 () REALIZAR DEIXO _____ H
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LEITO
 () REALIZAR AVALIAÇÃO DE DECBERTO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES ENF
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () EDUCAR EM AUTOCUIDADO
 () OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE SINAIS VITAIS
 () OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE SINAIS VITAIS

| UNIDADE DE REGISTRO | | DATA / HORA | | ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO | |
|---|--|-------------|---|-----------------------------|--|
| NOTURNO | | DATA | / | HORA | |
| <p>Paciente no leito, com sinais vitais estáveis, apresentando melhora na capacidade funcional e devida assistência farmacológica. Não apresenta náuseas, vômitos ou diarreia. 12.00h SSVV afurada. 14.00h náuseas e vômitos 240mg/dl não realizado. 16.00h náuseas e vômitos com sinais vitais estáveis.</p> | | | | | |
| TARDE | | DATA | / | HORA | |
| <p>18.00h SSVV afurada</p> | | | | | |
| <p>Elton Carlos da Silva
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> | | | | | |
| NOITE | | DATA | / | HORA | |
| <p>19.00h SSVV afurada e medicação C.P.M. S. quitação adequada. Segue com cuidados de enfermagem de rotina.</p> | | | | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p> | | | | | |



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

HC

| | | | | | |
|---|--|------------|-----|------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | | NEGA | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | | LEITO | | 329 | DATA |
| ITEM | | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANUT |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN. | | | | SIN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SE DOR INTENSA | | | | SIN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SIN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SIN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SIN |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | M |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 14-02-00 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20 |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA


Dr. Eder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

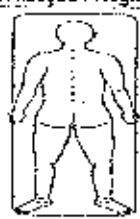
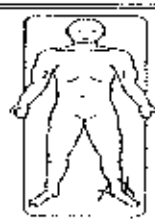


| | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|--------|----|----|--------|---------------------------|
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| 6 H | 100/60 | 80 | 18 | 36,4°C | Dr. Carlos Augusto Campos |
| 12 H | 120/90 | 92 | | 36,5°C | Dr. Carlos Augusto Campos |
| 18 H | 110/90 | 20 | 20 | 36,1°C | Dr. Carlos Augusto Campos |
| 24 H | | | | | |

medro 03:44h
100 mg/dl
1000

18:00h
180 mg/dl

06:00h
Dextro 120 mg/dl

| | | | | |
|--|---|----------------------------|------------|---------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração: |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 3B | | |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Nome: <u>Socorro Frederico dos Santos</u> | | | | |
| DATA: _____
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
  | DATA: _____
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
  | |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma - outra: _____ | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma - outra: _____ | | | |
| Tamanho da ferida:
Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm | Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm | | | |
| Aparência do Leito:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escarela
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarela
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | | |
| Quantidade de Exsudato
<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | | |
| Tipo de exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | | |
| Dor:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Olor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | | |
| Condição da pele Perilesional:
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | |
| Cobertura primária
(Colocar dentro da lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | |
| Tipo de curativo:
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tardo | <input type="checkbox"/> Mesh <input type="checkbox"/> Tardo | | | |
| Data da próxima troca:
Em caso de + de 24hs | | | | |
| Carimbo e Ass. do Enfermeiro | 01- <u>Daniel Cora 437410</u> 02- _____
01- _____ 02- _____ | | | |
| OBS: | | OBS: | | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec. Solutions Programs.
 Os pacientes com I-2 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

MACRO:

UNIDADE: 1001

DATA: 10/03/2013

HORA: 10:00

MANHA:

UNIDADE: 1001

DATA: 10/03/2013

paciente em estado de alerta, bem-estar, 15 anos, idoso, com queixa de dor no peito na parede.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 10/03/2013 HORA: 10:00

TARDE:

DATA: 10/03/2013 HORA: 15:00

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 10/03/2013 HORA: 10:00

NOITE:

DATA: 10/03/2013 HORA: 10:00

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

sem alterações, em 03 administradas em 18h, paciente sem dor na parede, em 12h.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

03:15 -> paciente não apresenta alterações em seu quadro, mantendo conforto físico.

Assinatura

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES - ESCALA DE FUGULIN

Nome: Fábio Teodoro dos SantosID: F110111111111MI: EDATA: 04/04/19SEXO: M# GRUPO: 313

329

| ÁREA DE CUIDADO | | GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL | | | SOMATÓRIO |
|------------------|---|--|---|--|-----------|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Estado Mental | Inconsciente | Períodos de Inconsciência | Períodos de desorientação | Orientação no tempo e no espaço | |
| Oxigenação | Ventilação Mecânica | Uso contínuo de máscara/câter de oxigênio | Uso intermitente de máscara/câter de oxigênio | Não depende de oxigênio | |
| Sinais Vitais | Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas | Controle em intervalos de 3 horas | Controle em intervalos de 4 horas | Controle de rotina (intervalos de 6 horas) | |
| Motilidade | Incapaz de movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem | Dificuldade em movimentar-se, mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem | Limitação de movimentos | Movimenta todos os segmentos corporais | |
| Deambulação | Restrito ao leito | Locomoção através de cadeira de rodas | Necessita de auxílio para deambulação | Ambulante | |
| Alimentação | Através de câter central | Através de SNG/SNE | Oral com auxílio | Autossuficiente | |
| Cuidado Corporal | Banho no leito, higiene oral, realizados pela enfermagem | Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem | Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral | Autossuficiente | |
| Eliminações | Evacuações no leito e uso de sonda vesical | Uso de comadre ou eliminações no leito | Uso de vaso sanitário com auxílio | Autossuficiente | |
| Terapêutica | Uso de drogas vasculares | E.V. contínua ou através de SNG/SNE | E.V. intermitente | E.M. ou V.O. | |
| TOTAL: | | | | | 13 |

Assinatura do enfermeiro: Wagner

Assinatura e carimbo do profissional:

Assinatura do enfermeiro: WagnerCarimbo do enfermeiro: WagnerAssinatura do enfermeiro: Wagner

Assinatura e carimbo do profissional:

HC

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------|-------|--------|----------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 6/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DILTA O-AL PARA DMLHAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CIEPERME 10 EV 8/8H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPRORA 10 EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | BRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMITRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 49 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | (06) |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | M |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | (13/06) |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20 |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| | 10 UI FOUTGLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| | MI EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| 6H | 110/79 | 67 | 20 | 36,0 | - | + |
| 12H | 130/80 | 83 | 20 | 36,5°C | + | + |
| 18H | 120/80 | 84 | 19 | 36,6° | + | + |
| 24H | 140/80 | 68 | 20 | 37,2° | - | + |

Assinado por: Pedro Di Giovanni
Data: 06/05/2019
Cargo: RQE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

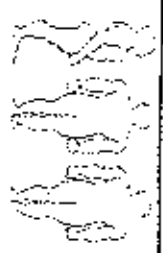
NOME: Lucio Antonio dos Santos HD _____

DATA: 06/05/18 SEXO: M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LETO: 325 * ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | LOCAL | DATA |
|---|---|-------|-------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | DATA: | DATA: |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | DATA: | DATA: |
| DRENOS? SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | | QUAL? | |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () INSEGURANÇA
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilíbrio
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () AUTOSTIMA perturbada
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
- () OUTROS:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ☒ LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

- CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: ANORMAL () DIMINUÍDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () DERIVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
- DES:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM ☒ NÃO
- FREQUÊNCIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILOS
- CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:
- ACIDRIADA () ÚMIDA () DESIDRATADA: () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
- () CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍDO
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____
- FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
- R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () ASUCO () VAG PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () ANORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA
- ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

APARELHO GENITURINÁRIO/OLHARES:

- ESPORADICA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () URMIDA () CONCENTRADA
- () HEMATÚRIA () COLELÍCIA () LINFADIA () POLÍQUIA () DISÚRIA () ANÚRIA


| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|---|--|-----------------------------------|----------------------------|
| MANHÃ: | DATA: 06/05/2023 HORA: 11h | MANHÃ: | DATA: 05/05/2023 HORA: 11h |
| <p>Paciente admitido, com queixas de dor na região abdominal, sempre localizada na região superior direita, acompanhada de náuseas e vômitos. Exame físico normal. Sem alterações de consciência.</p> <p>Eliza L. P. Almeida
ENFERMEIRO
COREN/RN 366339</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA: / HORA:</p> | <p>Realizado exame físico completo, sem alterações significativas. Paciente em repouso, sem queixas adicionais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA: / HORA:</p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA: / HORA:</p> | <p>Paciente em repouso, sem queixas adicionais. Exame físico normal. Sem alterações de consciência.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA: / HORA:</p> | | |

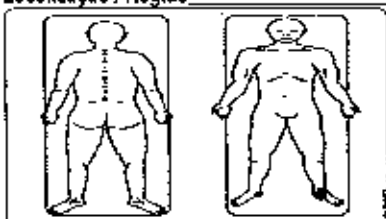
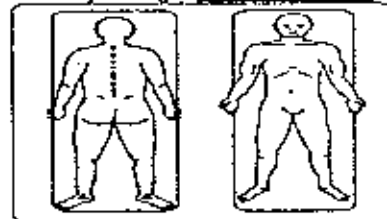
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------|-------|--------|----------|--|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 7/5/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã | |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | SUSPENSO | |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN | |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | SN | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | ob | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN | |
| 10 | SSV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | m | |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | 123 mg | |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20. | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE 370 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | | |
| DEG | | | | | | |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

DEXTEO
18hs - 202

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|-----|----|------|---|---|
| 6H | 140/74 | 74 | 18 | 36.4 | + | + |
| 12H | 120/80 | 86 | 17 | 36.8 | + | + |
| 18H | 140/80 | 105 | 18 | 36.8 | + | + |
| 24H | 120/80 | 88 | 18 | 36.7 | + | + |

| | | | | |
|--|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|-----|
| Nome: João Teodoro dos Santos | | | | |
| DATA: 06-05-2013
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV
<input type="checkbox"/> Venosa
<input type="checkbox"/> Arterial
<input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática
<input type="checkbox"/> cirúrgica
<input checked="" type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> outras: _____ | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV
<input type="checkbox"/> Venosa
<input type="checkbox"/> Arterial
<input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática
<input type="checkbox"/> cirúrgica
<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> outras: _____ | | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação
<input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação
<input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico
<input type="checkbox"/> Escara | | |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo
<input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado
<input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo
<input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado
<input type="checkbox"/> molhado, abundante | | |
| Tipo do exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso
<input type="checkbox"/> Fibrinoso
<input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento
<input type="checkbox"/> Serosanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso
<input type="checkbox"/> Fibrinoso
<input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento
<input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> Sim
<input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não | | |
| Condição da pele Periférica: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura
<input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto
<input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura
<input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto
<input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4%
<input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4%
<input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Cobertura primária (Colado direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze
<input type="checkbox"/> Fibrinase
<input type="checkbox"/> AGE
<input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze
<input type="checkbox"/> Fibrinase
<input type="checkbox"/> AGE
<input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Hora do curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã
<input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã
<input type="checkbox"/> Tarde | | |
| Data da Próxima troca: | Andréia Gomes Gonzaga
Enfermeira | | | |
| Em caso de + de 24hs | | | | |
| Cadastro e ass. fcc. em Enfermagem | 01- COREN RR 630.058 | 02- | 01- | 02- |
| Cadastro e Assinatura do Enfermeiro | | | | |
| OBS: | | OBS: | | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Carla Luciana dos Santos HD

DATA: 07/05/18 SEXO: PM IDADE: 39 ANOS PESO: 39,5 KG. LITO: 39,5 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | | |



SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: 07/05/18

DRENOS? SIM () NÃO () QUAL?

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESDEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPIA

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO

() OUTROS:

() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 7 H

() MANter MONITORIZAÇÃO

() MANter CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TQT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 7 H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANter JEJUM A PARTIR DAS: 7 H

() REALIZAR DEXTRO 7 HORAS

() ENCOMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 7 H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

R.M.A: () AUSENTES () PRESENTES

ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIMG PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS:

() NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GASTROINTESTINAL

FREQUÊNCIA:

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURESE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPA () CONCENTRADA

() HEMATÚRIA () COLOUROSIA () DISÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

07/05/19.00

SECRET

~~Erlaubnis~~
Erlaubnis zur Eintragung
C. 10. 10. 10. 10. 10.

Resente ein altes, neues
den Namen: als er
als er

atendimento de enfermagem;
Técnico de Enfermagem;
COKEN-RR 916.123

Poems in Spanish and
Hebrew (Hebrew SS in
margin on inside).

Sumara Rodrigues
TAC. de S. E. 000000000
COREN-RR 000000000



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|---|-------|--------|----------|--|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | | | | |
| IDADE | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| ITEM | LEITO | 329 | DATA | 8/5/2019 | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |


EVOLUÇÃO MÉDICA:

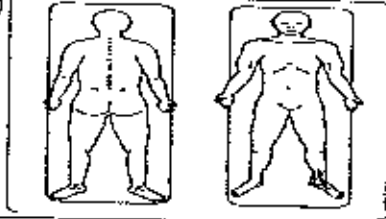
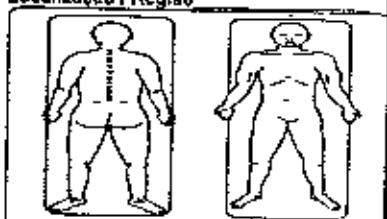
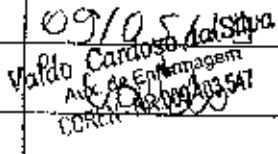
BEC

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|-----|----|------|---|---|
| 6H | 110/70 | 84 | 18 | 36,5 | - | + |
| 12H | 120/80 | 86 | 19 | 36,3 | - | + |
| 18H | 120/80 | 86 | 18 | 36,6 | - | + |
| 24H | 130/80 | 105 | 19 | 36,6 | + | + |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro

| | | | | |
|--|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | |
|---|--|--|-----|-----|
| Nome: <u>Yago Leonardo dos Santos</u> | | | | |
| Data: <u>08/05/19</u> | | | | |
| Grau - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | | Localização / Região
 | | |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Localização / Região
 | | |
| Aparência do Leito:
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> tecido necrótico | | |
| Quantidade de Exsudato
<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | |
| Tipo de exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | |
| Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Odor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Perilesional:
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Hora do curativo:
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | |
| Data da Próxima troca:
em caso de + de 24hs | | | | |
| Desenho e ass. do Enfermeiro
 | | 02- | 01- | 02- |
| Desenho e Assinatura do Enfermeiro | | | | |
| OBS: | | OBS: | | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program.
 Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: João Carlos Santos

HD

DATA: 08/05/19

SEXO: M () F

IDADE

PESO 388 KG.

LEITO 388

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATELHAS E TENDÕES

| CATERIA CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-----------------|-----------------|-------|------|
|-----------------|-----------------|-------|------|

| CATERIA PERIFÉRICA | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|--------------------|-----------------|-------|------|
|--------------------|-----------------|-------|------|

| SIGNO VITAL | SIM () NÃO () | DATA |
|-------------|-----------------|------|
|-------------|-----------------|------|

| SIGNO NASOGÁSTRICO | SIM () NÃO () | DATA |
|--------------------|-----------------|------|
|--------------------|-----------------|------|

| SIGNO VESICULAR | SIM () NÃO () | DATA |
|-----------------|-----------------|------|
|-----------------|-----------------|------|

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO EFICIENTE

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() INEFETIVAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TENSÃO

() DESOBSERVAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FALCIDA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPÇÃO

() DEFECÇÃO

() HIPERTENSÃO

() HIPERTENSÃO

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS /TQT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERIÓDICO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EDIMATÓTIPO

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS

() REALIZAR DEXTRO

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO

() OBSERVAR AUTOQUEDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MANUTENÇÃO DE CIRCULATÓRIO

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMULÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA

MANHÃ

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 08/05 HORA 18:00

Realizado SSVit/guixos alérgicos,
Segue aos cuidados de enfermagem
para

Renanda Regina R. Castro
Técnica Enfermagem

COREN-RK907549
ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM:

1600

DATA 1

HORA 18:00

Paciente em nebulização com guixos
1cc. de

Claudia Lúcia Figueiredo de Souza
Técnica de Enfermagem
COREN-RK 916.123

DATA 08/05 HORA


Realizado SSVit/guixos alérgicos
com 15/ guixos alérgicos. Segue
aos cuidados de enfermagem.

ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCN. ENFERMAGEM:

320

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-------|--------|----------|
|  | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | |
| | | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNOSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 9/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | 5m |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | mon |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 5m |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8h SN | | | | 5m |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | 5m |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | 5m |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rolmo |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | 5m |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 5m |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | 18 06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20 |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | |
| 20 | 201-250: 4UI; 251-300: 6UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG.
Sol me op.

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|---------|----|----|--------|---|---|
| 6H | 90x60 | 86 | 18 | 36,5°C | - | + |
| 12H | 150/100 | 96 | 19 | 36,7°C | + | + |
| 18H | 110/70 | 92 | | 36,6°C | - | + |
| 24H | 130x70 | 80 | 19 | 36,4°C | - | + |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
RORAIMA RR 1615
CNPJ 06.684

Ass. Coord. de Saúde
Téc. de Enfermagem
Cred. 207.822 TE

06:12 -> Dextro = 14,9 mg/dl



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

| Localização / Região | | Localização / Região | |
|--|--|--|---|
| DATA: 09/05/19 | | DATA: | |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I | | <input type="checkbox"/> GRAU - I | |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | | <input type="checkbox"/> GRAU - II | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico | Aparência do Leito: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Perifoneal: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | Condição da pele Perifoneal: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Solução para limpeza | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | Hora do curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs | 10/05/19 | Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs | |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | Valdo Cardoso da Silva
Aux. do Enfermeiro
CRP 000.403.547 | Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | |
| OBS: | OBS: | | |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Leandro dos Santos HD 308

DATA: 03/05/18 SEXO: M () F IDADE: 308 PESO: 70 KG. LEITO: 308 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATER | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO () | DATA | |
| SONDA NASOENTERAL | SIM () NÃO () | DATA | |
| BRENOS | SIM () NÃO () | QUAL? | |

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FÍSTULA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO 9. SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABECA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 VÍAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS
 HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
 OBS:

TORÁX E PULMÕES/PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 COR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () SONCOS () ESTER-TÓRES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESSECATADA () CORVADA () HIPOCORVADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () HIPOTENSO
 PRESSÃO ARTERIAL: () NORMAL () BAIXA () ALTA
 LOCAL DO PULSO: FEQUÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABDOMEN: () MOLE () DUREZA ()
 RUÍDOS INTESTINAIS: () NORMAIS () BAIXOS () ALTOS ()

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PREJUDICADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCITO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INCAPACIDADE NA PRÁTICA PREVENIDA

() MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VIAS TQT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS

() OBSERVAR PERCUSSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUNIA PARADA

() REALIZAR DEXTRO

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR CUIDADO NO LÉGIO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO


() REALIZAR CUIDADO ORAL

() PREPARAR PARA EXAMES LAB

() REGULAR HIGIENE DE CONTO

() REALIZAR CUIDADO DE CUIDADO

[illegible]

| | | | | | | |
|--|---|-------|-------|--------|-----------|----------|
|  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 10/5/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | mon |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | Roluna |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | AT |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | | 18:28 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | 20 |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DEG

Autoregulação do peso


06h Diálise: 157mg/dl.

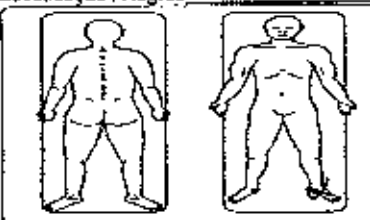
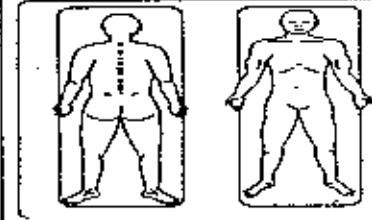
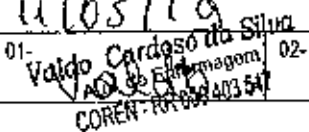
| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|-------|---|---|
| 6H | 111/94 | 81 | 20 | 36° | φ | φ |
| 12H | 106/60 | 86 | 19 | 36,1° | + | + |
| 18H | 140/90 | 98 | 18 | 36,3° | + | + |
| 24H | 135/85 | 87 | 18 | 36,2° | - | + |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/R 1615
RQE 684

153mg/dl
Reto
Teófilo de Freitas
Cirurgião Geralista

Retorno dia 12/05/19

| | | | | |
|---|--|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | | |
|--|--|------|--|---|--|
| Nome: João Teodoro dos Santos | | | | | |
| DATA: 10/05/19
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | | |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | |
| Tipo de exsudato: | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | |
| Ódor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Perilesional: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <u>Medicina</u> | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | |
| Data da Próxima troca: | 11/05/19 | | | | |
| Em caso de + de 24hs | 01- Valdo Cardoso da Silva
02- Valdo Cardoso da Silva
COREN-RS 403.547 | | 01- 02- | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro |  | | | | |
| OBS: | | OBS: | | | |

(Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Adriano Luiz de S. Santos ID: 110

DATA: 10/05/19 SEXO: M IDADE: 32 ANOS PESO: 70 KG. LEITO: 329 • ALÉRGICO? NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATER | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
|----------------------------|---------|---------|-------|------|
| CATER CENTRAL | | | | |
| CATER PERIFÉRICO | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () | NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () | NÃO () | | | |
| SONDA NASOENTERAL SIM () | NÃO () | | | |
| DRENOS: SIM () | NÃO () | | | |

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| | |
|--|--|
| () RISCO DE INFECÇÃO | () MANter VÍAS AERÉAS PÉRVIAS |
| () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | () REALIZAR CUIDADOS COM VAS |
| () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE |
| () TRÓCA GÁSOSA PREJUDICADA | () MANter MONITORIZAÇÃO |
| () ANSIEDADE | () MANter CABEÇA ELEVADA |
| () MEDO | () ASPIRAR VAS, TOT |
| () ENFRENTAMENTO INEFICAZ | () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA |
| () RISCO PARA NUTRIÇÃO | () ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS |
| () DESEQUILIBRADA | () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS |
| () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA |
| () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS |
| () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VAS AERÉAS | () REALIZAR CONTROLE FIDELIC DE |
| () FAJIGA | () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTAR ELIMINAÇÕES |
| () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | () VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS |
| () RISCO PARA Quedas | () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM |
| () RISCO PARA LESÃO | () VERIFICAR E REGISTAR ABOCINHA |
| () AUTOESTIMA PERTURBADA | () ESTIMULAR E REGISTAR ACEITAÇÃO DA DIETA |
| () DIARREIA | () MANter JEJUN A PARTIR DAS |
| () CONSTIPAÇÃO | () REALIZAR DEFEITO |
| () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO |
| () DEFICIT DO AUT CUIDADO | () ORIENTAR AUTOCUIDADO |
| () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | () REALIZAR SANGONHO LÉITO |
| () RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO | () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO |
| () DOR | () PREPARAR PARA EXAMES EN |
| () HIPOTERMIA | () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO |
| () HIPERTERMIA | () ESTIMULAR DEAMBULACÃO |
| () INEFICÁCIA DA PELE PREJUDICADA | () OBSERVAR E REGISTAR INCONTINÊNCIA X |
| () PADRÃO DO SÍM PREJUDICADO | () ATIVIDADE FÍSICA |
| () DEGRADAÇÃO PREJUDICADA | () OUTROS |
| () CONFORTO PREJUDICADO | |
| () DEFI O CONTATO DEBILITADO | |
| () OUTROS | |

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

CAEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () AGITA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOTÉRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA () NORMAL () DIMINUIDA

VÍAS AERÉAS SUPERIORES () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

Obs:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA () EQUIVOCAL () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚRMURUS VESICULARES () AUSENTES () PRESENTES TOSSE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS

() HIPERARDA () UNIDA () DESPARADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () VERTICADA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE () NORTERNA () HIFERTÉRMICA () HIFOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO () RÍTMICO () ARRÍTMICO () PLURIFORME

PULSO () NORMAL () TACICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

AFETIL () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL () NORMAL () DESNUTRIDO

ABDOMEN () DOLOR () INDOLORE () TENSÃO () MOLE () RÍGIDO () FLACUO () DISTENDIDO ()

2. RINOCÓRICO () NORMAL () OBSTRUÍDO () CONGESTIONADO ()


2. RINOCÓRICO () NORMAL () OBSTRUÍDO () CONGESTIONADO ()

2. RINOCÓRICO () NORMAL () OBSTRUÍDO () CONGESTIONADO ()

[illegible]

329
JOÃO

HC

| | | | | | | |
|--|---|-------|-------|--------|-----------|----------|
|  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 11/5/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | MAOTGP |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | SN |
| 8 | OMEPRÁZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | Retina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | | SND |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | M |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | | 18-08 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | 20 |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DDML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|----------------|----|---------------|------|---|---|
| 6H | | | | | | |
| 12H | | | | | | |
| 18H | <i>Sucesso</i> | | <i>medica</i> | | | |
| 24H | | | | | | |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Letícia R. Trigueiros
Téc. de Enfermagem
CRM-RR 091.054.308-15



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de elaboração:
Fevereiro 2015

Atualizada: Janeiro / 2015

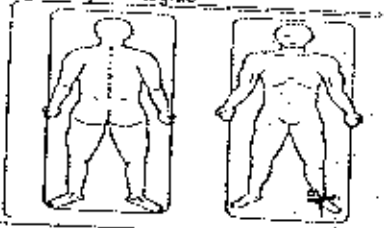
ENF/LEITO: 329

Nome:

João Teodoro dos Santos

DATA: 31/05/19

Localização / Região



☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

DATA:

Localização / Região



☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da próxima troca:

Em caso de + de 24hs

☐ Manhã ☐ Tarde

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

01- Renata S. Almeida
Enfermeira
COREN-RN 259.828-ENF

02- André C. G. da Almeida
Téc. em Enfermagem
COREN-RN 664.727

OBS:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOSE

DATA: 13/05/89

SEXO: PM () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATER | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
|---------------------|---------|---------|-------|------|
| CATER PERIFÉRICO | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL (SIM) | NÃO () | | LOCAL | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () | NÃO () | DATA | |
| SONDA NASOENTRAL | SIM () | NÃO () | DATA | |
| DRENOS | SIM () | NÃO () | QUAL? | |

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: _____

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VING PALPÁVEL
ESTIMULAÇÕES/MÚRMUROS/EPÍSPLOSIS: () NORMAL () QUARÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURSE:
() HEMATURIA () HEMATURIA () CISTOSTOMIA () SVU
() HEMATURIA () HEMATURIA () HEMATURIA () HEMATURIA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS TOT
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA Quedas ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EQUIMOAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUNO A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEITO _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA

HORA

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ:

DATA

HORA

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente de licença médica

Paciente de licença médica

Andréia da Costa Fortes

ENFERMEIRA

Cecília Zamboni

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO

FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS

NEGA

OP

14-05

PRE-OP

IDADE

LEITO

329

DATA

12/5/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL PARA DM E HAS

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFEPIME 1G EV 8/8H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN

7

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

8

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

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

14

CURATIVO DIÁRIO

15

DEXTRO 12/12HS

16

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

17

18

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA

19

REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:

20

2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:

10 UIE OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40

ML EV *AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|----------------|--------|----|--------|---|---|
| 6H | 30/30 | 69 | 18 | 36.4°C | - | + |
| 12H | licença médica | medica | | | | |
| 18H | licença médica | medica | | | | |
| 24H | 30/30 | 69 | 17 | 36.4°C | | |

DR. PEDRO GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

João - João dos Santos

HD

DATA: 12/05/13

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO: 329

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATER | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
|----------------------------|---------|---------|-------|-------|
| CATER PERIFÉRICO | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () | NÃO () | | DATA: | DATA: |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () | NÃO () | | DATA: | DATA: |
| SONDA NASOENTERAL SIM () | NÃO () | | DATA: | DATA: |
| DRENOS? SIM () | NÃO () | | QUAL? | |

LESÕES

20/05/13

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

- () RISCO DE INJEÇÃO
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPACÃO
() RISCO PARA CONSTRIÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS:

- () MANter VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H
() MANter MONITORIZAÇÃO
() MANter CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TOX
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEBRAS ALGÍCAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANter ACESSOS VEIOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANter JEJUN A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EXL
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

- () RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPACÃO
() RISCO PARA CONSTRIÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS:

- () MANter JEJUN A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EXL
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MÚRMURIS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

- () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CÂNDIDA () ACIANTADA () ACROCIANTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR:

- () RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPACÃO
() RISCO PARA CONSTRIÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS:

- () MANter JEJUN A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EXL
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

APARELHO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

- () RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPACÃO
() RISCO PARA CONSTRIÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS:

- () MANter JEJUN A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EXL
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENO () AGUDO () VÍNG PACÍVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

- () RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPACÃO
() RISCO PARA CONSTRIÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS:

- () MANter JEJUN A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EXL
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD

- () LIMPÍDA () CONCENTRADA

- () RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPACÃO
() RISCO PARA CONSTRIÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS:

- () MANter JEJUN A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EXL
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA: / HORA:

Permanente de internado

Marcelino

Junia de Almeida Coutinho
Enfermeira-PRM
114310000000000000

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA: / HORA:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ:

DATA: / HORA:

Paciente fora da unidade médica, atendido pelo médico.

Andréia Gomes Corrêa
Téc. Enfermagem
SOREN RR 030 0588

ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM:

TARDE:

DATA: / HORA:

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA: / HORA:

NOITE:

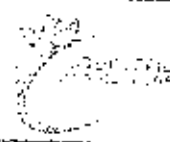
ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA: / HORA:

Realizado SS1/1/14, radiografia com Sigaixia, Nigro, Segue atendimento de enfermagem

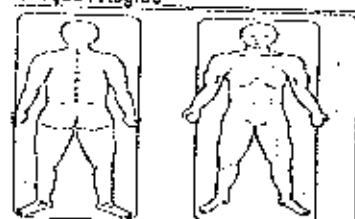
Andréia Gomes Corrêa
Téc. Enfermagem
SOREN RR 030 0588

ASS. E CARIMBO- TÉCNICO ENFERMAGEM:


| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - RC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 323 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome: João Teodoro dos Santos | | | |
| DATA: 12.05.19

<input type="checkbox"/> GRAU - I

<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:

<input type="checkbox"/> GRAU - I

<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neurológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | | Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neurológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | Aparência do Leito:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | |
| Quantidade de Exsudato
<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | Quantidade de Exsudato
<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo | | Tipo de exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo | |
| Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Dor:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Ocorrência:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | Ocorrência:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Periférica:
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | Condição da pele Periférica:
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | Solução para limpeza
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | Cobertura primária (contato direto na lesão)
<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Hora no curativo:
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | Hora no curativo:
<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca:
Em caso de 1 de 24hs | | Data da Próxima troca:
Em caso de 1 de 24hs | |
| Curativo e ass. em Enfermagem
Curativo e Assinatura do Enfermeiro
OBS: | | Curativo e ass. em Enfermagem
Curativo e Assinatura do Enfermeiro
OBS: | |
| Assinatura: André Gomes Gontaga
T. Enfermagem
01- 114731 COREN-AM 02- | | Assinatura:
01- 02- | |

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convales, Solutionous Programs.
 Os pacientes com B2 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS NEGA

OP

14-05

PRE-OP

IDADE

LEITO

329

DATA

13/5/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL PARA DM E HAS

S/N

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

mon

3

CEFEPIME 1G EV 8/8H

SUSPENSO

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

SUSPENSO

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

S/N

6

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN

S/N

7

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

S/N

8

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

S/N

9

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

S/N

10

SSVV + CCGG 6/6 H

S/N

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG

S/N

14

CURATIVO DIÁRIO

S/N

15

DEXTRO 12/12HS

S/N

16

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

S/N

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA

REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:

2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:

10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40

ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG

Paciente com fratura do tornozelo

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|-------|---|---|
| 6H | 80x70 | 78 | 19 | 36.5 | - | + |
| 12H | 120x80 | 85 | 18 | 36.4 | + | + |
| 18H | 140x90 | 82 | 18 | 36.6 | + | + |
| 24H | 140x90 | 69 | | 36.38 | - | + |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

Vanda

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ HD: _____

• ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| | | | | |
|---------------------|---------|---------|-------|------|
| CATEETER CENTRAL | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
| CATEETER PERIFÉRICO | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |

SONDA NASOENTERRAL: SIM () NÃO () DATA: _____
 PRÉ-NOSE: SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA, PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
 TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
 R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES
 ABOGME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIBG PALPÁVEL
 FULMINAÇÕES/ MÚLTIPLOS/ EPISÓDIOS: _____
 () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ URINÁRIO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () COSTOSIONAL () SVD () SIMPLIDA () CONCENTRADA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () DESEQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO FREQUENCIADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
 () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS /TQT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LEITO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
 () OUTROS: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ:

DATA:

HORA:

Recebeu no posto. Adicionalmente, segue
para o posto de observação de
segurança dos cuidados de saúde
e prevenção.

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:
COLEÇÃO: 196829

TARDE:

DATA:

HORA:

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MANHÃ:

DATA:

HORA:

Recebeu o paciente admitido. Segue
ao cuidado de enfermagem.

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
COLEÇÃO: 196829

TARDE:

DATA:

HORA:

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em observação de
vitalidade e sinais vitais. Segue
ao cuidado de enfermagem.

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
COLEÇÃO: 196829

NOITE:

DATA:

HORA:

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA:

HORA:

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente em observação de
vitalidade e sinais vitais. Segue
ao cuidado de enfermagem.

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
COLEÇÃO: 196829

ASS. E CARIMBO: ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LEITO: 329

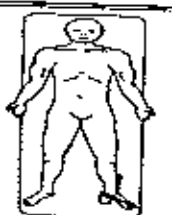
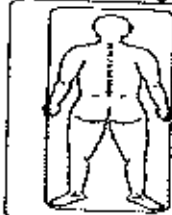
Nome: João Teodoro das Santos

DATA: 13/05/19

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

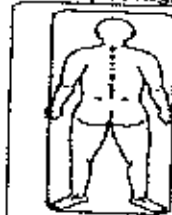


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escarcê
☐ Tecido necrótico

Quantidade do Exsudato

☒ Seco, mínimo ☐ Úmido, pouco
☐ Úmido, moderado ☐ Molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: *Informação*

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

14/05/19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

Valdo Cardoso da Silva

Aux. de Enfermagem

Carimbo e Assinatura

02-

01-

02-

OBS:

OBS:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO CARLOS DE SOUZA

HD

DATA: 21/05/85 SEXO: () M () F IDADE: 41 ANOS

PESO: 70 KG

CEITO: 278

ALÉRGICO ? ---

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | | | |
|------------------------------------|-----------------|-------|-----------------------|
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO () | | | DATA: <u>21/05/85</u> |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () | | | DATA: <u>21/05/85</u> |
| SONDA NASOENTÉRICA SIM () NÃO () | | | DATA: <u>21/05/85</u> |
| DRENOS SIM () NÃO () | | QUAL? | |

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: --- GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA: RISCO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SÉDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () LÍNGUAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: ---

TOXAX E PULMÕES / PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSCULTES () PRESENTE TOSES: () AUSCENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS AVENTICIOSOS: () AUSCENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

CYANURATADA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSCENTE

LOCAL DO PULSO: ---

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

R.M.A.: () AUSCENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G. PALPÁVEL

EVACUAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

ESPONTÂNEA: () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () LIMPEZA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () COAGULA () DISÚRIA () DISÚRIA () DISÚRIA () ANDRIA

DIAGNÓSTICO


- () RISCO DE INECCÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () OBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFÉITO DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () REGULAÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS: ---

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 21/05/85 H
- () MANUTER MONITORIZAÇÃO
- () MANUTER CABECERA ELEVADA
- () ASPIRAR VAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS AÚSCICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE --- H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: --- H
- () REALIZAR DEXTRO --- HORAS
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO --- H
- () REALIZAR CURATIVO GÁSTRICO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM ---
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS: ---

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|------------------------|-------------|---|-------------------|
| MANHÃ: | DATA / HORA | MANHÃ: | DATA / HORA |
| | | <p>Paciente em boas condições. Segue aos cuidados de enfermagem.</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> | <p>10/05/2008</p> |
| TARDE: | DATA / HORA | TARDE: | DATA / HORA |
| | | <p>Paciente em boas condições. Segue aos cuidados de enfermagem.</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> | <p>10/05/2008</p> |
| NOITE: | DATA / HORA | NOITE: | DATA / HORA |
| | | <p>Paciente em boas condições. Segue aos cuidados de enfermagem.</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> | <p>10/05/2008</p> |

153

| | | | | | | |
|--|---|-------|-------|--------|-----------|----------|
|  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 15/5/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | Sub |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | mon en |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | OK |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | OK |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | Ratino |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | | 18:00 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | 00 |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DDML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | | |
| BEC | | | | | | |

136 mg/dl

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|-------|----|------|---|---|
| 6H | 100x80 | 90 | 18 | 36.5 | + | + |
| 12H | 140x90 | 85 | 17 | 36.0 | + | + |
| 18H | 140x90 | 120 | 18 | 36.3 | + | + |
| 24H | | F 0.0 | 17 | 36.0 | | |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM-RR-1615
RQE 684
Téc de Enfermagem
COREN-RR 917 068



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

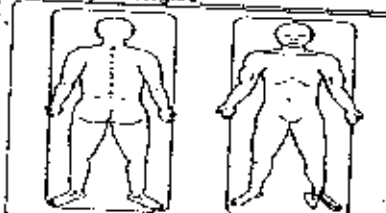
ENF/LEITO: 329

Nome:

João Teodoro dos Santos

DATA: 15/05/19

Localização / Região



GRAU - I

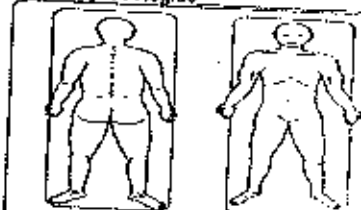
GRAU - II

DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dur:

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Perifoneal:

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: Neomima

(Colado direto na lesão)

Hora da curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data de Próxima troca:

16/05/19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

01- Valdo Cardoso da Silva

Rec. em Enfermagem

02- Valdo Cardoso da Silva

Carimbo e Assinatura

01- Valdo Cardoso da Silva

do Enfermeiro

OBS:

OBS:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Isadora Pereira dos Santos HD

DATA: 15/05/19 SEXO: M IDADE: 32 ANOS

PESO: 58 KG. LETO: 32 G

ALÉRGICO: ---

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO () | | DATA: | |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () | | DATA: | |
| SONDA NASOENTÉRICAL SIM () NÃO () | | DATA: | |
| DRENOS* SIM () NÃO () | | QUAL? | |



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: --- GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: ---

TOXAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MÚLTIPLAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

- () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: --- FREQUÊNCIA: ---

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL
GLIMINACÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: --- () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () FOSFOSOLINA () SVD () SILENCIOSA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () COTÚRICA () CIGARRA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENERMENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEIMAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE --- H
() MANter MONITORAÇÃO
() MANter CABECERA ELEVADA ---
() ASPIRAR VIAS /TOT ---
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIMAS ALCIGAS
() ATENTAR PARA NASSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE --- H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANter JEIUM A PARTIR DAS: --- H
() REALIZAR DEXTRO --- / --- HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO --- H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: ---
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA / HORA

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:
TARDE: DATA / HORA

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:
NOME: DATA / HORA

Paciente fora do leito
21:50h
Ass. E CARIIMBO - UNIV. JUVENIL

ATUALIZAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 15/05/2020

Paciente orientado, sem queixas, realizado SSVV em. Segue aos cuidados da equipe.

ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM
TARDE: 16:00 DATA / HORA


ASS. E CARIIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:
NOME: DATA / HORA

Sem intercorrências
Ass. E CARIIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

JOÃO

329

HC

| | | | | | |
|--|---|-------|-------|--------|-----------|
|  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 16/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | mon |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRÁZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | SN |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | SN |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | SN |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/L ML, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|-------|---|---|
| 6H | 130/80 | 91 | 18 | 36.4C | + | + |
| 12H | 130/80 | 89 | 17 | 36.2C | + | + |
| 18H | | | | | | |
| 24H | 130/80 | 79 | 18 | 36.2C | + | + |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

18:21 DEXTRO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Thiago de Aguiar dos Santos HD 305

DATA: 16/05/19 SEXO: M () F IDADE: 30 ANOS PESO: 70 KG * ALÉRGICO: N

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERES E SONDAS

| CATER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO () | SIM () NÃO () | DATA | |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () | SIM () NÃO () | DATA | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () | SIM () NÃO () | DATA | |
| DRENAGEM: SIM () NÃO () | SIM () NÃO () | QUAL? | |

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: N CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
ACUIDADE VISUAL: N NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: N NORMAIS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: N EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚLTIPLAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

- MOEDRÁTICA: () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: N REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: N FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: N NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () ADENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: N NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

- ESPOUNTÂNIA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LAMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATURIA () COLOÚRIA () QUENÚRIA () PÍGURA () DISÚRIA () ANÚRIA


LESÕES

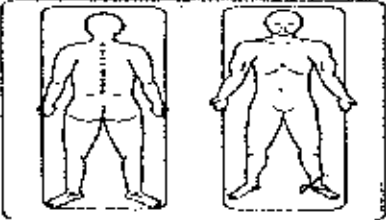
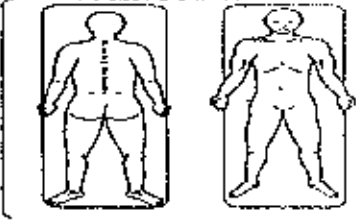
DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INEFCIAZ
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFCIAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFCIAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() RISCO PARA O CONTROLE INEFCIAZ
() RISCO PARA QUAEDAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTIMULA PERTURBADA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:
- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 66 H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 40 H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS 12 HORAS
() REALIZAR DEXTRO 40 HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | AUTUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|---|---|-----------------------------------|-------------|
| MANHÃ: | DATA / HORA | MANHÃ: | DATA / HORA |
| <p>Exame físico, pulso, olhos, garganta, etc. Sono profundo, não apresenta sinais de desidratação ou alterações de consciência. Sinais vitais normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p> | | |
| <p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p> | <p>TARDE:</p> <p>DATA / HORA</p> | | |
| <p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> | <p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA</p> | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|-----------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão:06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | |
|--|---|-----|--|---|
| Nome: João Teodoro das Santos | | | | |
| DATA: 16/05/19
- GRAU - I
- GRAU - II | Localização / Região
 | | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | |
| Medida da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Apresentação do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato: | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo | |
| Doença | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Periférica: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: Momicina | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca:
Em caso de 1 de 24hs | 17/05/19 | | | |
| Assinatura do ass. em Enfermagem | 01- Valdo | 02- | 01- | 02- |
| Assinatura do Enfermeiro | | | | |
| OBS: | | | OBS: | |



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA


| | | | | | |
|------------------|---|-------|-------|--------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 17/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | 5ND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | S/V |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | S/V |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | S/V |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 26 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | S/V |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Relatório |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | Alto |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | m |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | 26 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 30 |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

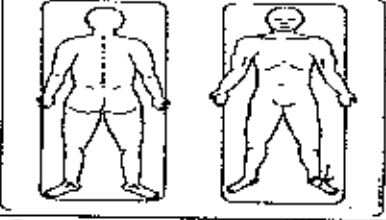
EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Raphael Brunelli
Médico
CRM/RR 1890

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| 6H | 120x80 | 76 | - | 36.5 | - | + |
| 12H | | | | | | |
| 18H | 130x80 | 85 | | 36.6 | + | + |
| 24H | 133x80 | 73 | | 36.6 | + | + |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 328 | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u> | | | | |
| DATA: <u>17/05/19</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | | DATA: _____
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | |
| Aparência do Leito:
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | | |
| Quantidade de Exsudato
<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | |
| Tipo de exsudato:
<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | |
| Dor:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Olor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Perilesional:
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>M. Omicron</u> | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Hora do curativo:
<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | |
| Para a Próxima troca:
Se caso de + de 24hs | | | | |
| Rubro e ass. Loc. em Enfermagem
Rubro e Assinatura do Enfermeiro | | 01-
02- | | |
| OBS: | | OBS: | | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os presentes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: SONIA Avelino dos Santos

DATA: 17/05/88

SEXO: MM () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

HD

ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

CATETER PERIFÉRICO: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA VESICAL: SIM () NÃO () LOCAL: DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOINTEL: SIM () NÃO () DATA:

DRENOS: SIM () NÃO () QUAL?

LESIONES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() Desequilíbrio

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() AUTODESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEBILIDADE MUSCULAR

() SONO PREJUDICADO

() NÍVEL CONSCIENTE PREJUDICADO

() ORIENTAÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABEÇA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TQT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA

() MANUTER PARA QUEIXAS ALGICAS

() OBSERVAR PERÍFUSO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

() REAJUSTAR DEXTRO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA: 1 / HORA: 3

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 1 / HORA: 12:45

MANHÃ:

PA = 130 x 80

P = 86

T = 36,9°

D = +

E = +

Instituto de Ensino e Pesquisa
Hospital de Referência

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 1 / HORA: 3

TARDE:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA: 1 / HORA: 3

TARDE:

pac. com queixa de mal-estar com suor
em associação seg. de sudoreseInstituto de Ensino e Pesquisa
Hospital de Referência
Técnico em Enfermagem
12/01/2017 12:45

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

DATA: 1 / HORA: 3

NOITE:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA: 1 / HORA: 3

NOITE:

pac. com queixa de mal-estar com suor
em associação seg. de sudorese, com
sintomas de desidrataçãoInstituto de Ensino e Pesquisa
Hospital de Referência
Técnico em Enfermagem
12/01/2017 12:45

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS NEGA

OP

14-05

PRE-OP

IDADE

LEITO

329

DATA

18/5/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL PARA DM E HAS

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFEPIME 1G EV 8/8H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN

7

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

8

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

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

14

CURATIVO DIÁRIO

15

DEXTRO 12/12HS

16

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

17

18

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA

19

REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:

20

2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:

10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40

ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Roberto Carlos S.
Médico
CRM-RR 1071

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| 0H | 112/67 | 78 | 20 | 36,3 | + | + |
| 12H | | | | | | |
| 18H | | | | | | |
| 24H | 130x90 | 94 | 20 | 36 | + | + |

glicose: 157 mg/dl -- glicose 6h.

Dr. Roberto Carlos S.
Ass. Enfermeiro
CRM-RR 1071

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Adriana Rodrigues dos Santos

HD Adriana dos Santos (C)

DATA: 18/05/19

SEXO: (M) F

IDADE: _____

PESO: _____

KG: _____

LEITO: 329

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| | | | |
|--------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| SONDA NASOLINGUAL | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| DRENOS | SIM () NÃO () | QUAL? | |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- PRATUBA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III

NÍVEL DE CONSCIENTE

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/PAIXÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/CDR DA PELE/MUCOSAS:
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () YNG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/MÚNTEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELAENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURÉTICO

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () COLOÚRIA () DISÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() RISCO PARA INFEÇÃO

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉFICIT CARDÍACO DIMINUIDO

() OUTROS:

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABBECERA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTE

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍDICAS

() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PENÚFICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE MIDRICO DE _____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS _____ H

() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() DRENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MANHÃ: DATA / HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 08/05 HORA 00

Paciente sem queixas de dor. Faltou a
 higiene corporal e troca de lençol.
 Redução medicação e SSU de "Duro" com
 Segue o cuidado de enfermagem.

Prontidão Alexs Duarte
 COREN-RR 524.651 TE

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA 08/05 HORA 00

ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

Paciente sem queixas durante o plantão.
 Realizado SSU de dorado 0,01m.
 Segue o cuidado de enfermagem.

SSU - Para do leite Prontidão Alexs Duarte
 COREN-RR 524.651 TE

NOITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

ASS. E CARIÍMO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÍMO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

329

HC

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|--------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 PRE-OP |
| IDADE | | LEITO | 329 DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | END |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | MULTI |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML 5F 0.9% EV 8/8h SN | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | POLUI |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | SN |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | 18 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | 18 |
| 17 | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | |
| | 10 UIE OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | |

Dr. Ronald Cleon S.
Médico
CRP - RR 1011

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|---------|----|----|-------|--------------|---|
| 6H | 114/54 | 79 | 20 | 36,0 | + | + |
| 12H | 110/70 | 83 | 39 | 36,8 | + | + |
| 18H | Ausento | | do | lesto | | |
| 24H | 111/76 | 80 | 20 | 36,2 | | |

DR. PEDRO DI
GIOVANNI
CRM/RR 1615
RQE 684
Mestre M. Maciel
Rua E. F. Rodrigues
Jardim - RR 129.687-75

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Paulo Roberto

DATA: 11/05/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO KG.

LEITO

HD

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|---------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL (SIM) | NÃO () | DATA | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| SONDA NASOENTERAL | SIM () NÃO () | DATA | DATA |
| DRENOS | SIM () NÃO () | QUAL? | DATA |



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS
HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () TOSSES: () AUSENTES () SECAS () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

- () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACANOTICA () JACROCIANOTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO () ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES () ADOÇAM.: () FALSO () VERDADEIRO () TENSÃO: () AGUDA () CRÔNICA ()
T.M.N.A.: () NORMAL () ANORMAL ()
() INGESTÃO () DIARREIA () CONSTIPADO () VÔMITO

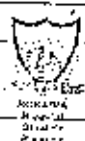
DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTENSÃO
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() REGULAÇÃO PREJUDICADA
() CONSCIENTE PREJUDICADO
() RIGIDIDADE MUSCULAR PREJUDICADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABEÇA ELEVADA ____
() ASPIRAR VIAS /TQT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÉICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H
() OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CUIDATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: ____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULATÓRIO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS:

329



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

H
C

| | | | | | |
|---|---|------------|-----|------|------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | | NEGA | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | | LEITO | | 329 | DATA |
| ITEM | | PRESCRIÇÃO | | | |
| 1 | PARACETOL PARA DM E LIA | HORÁRIO | | | |
| 2 | ACESSOS MÚLTIPLOS PERIFÉRICOS | 30/2 | | | |
| 3 | DETERMINAÇÃO EV 8/8H | manuten | | | |
| 4 | DETERMINAÇÃO EV 12/12H | suspensão | | | |
| 5 | DETERMINAÇÃO EV 16/16H SN | SUSPENSO | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | SN | | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | SN | | | |
| 8 | CELESTAZOL 40MG VO DE MANHÃ EM JEJUM | ob | | | |
| 9 | CELESTAZOL 40 MG VO DE 8/8 h (S/N) | SN | | | |
| 10 | CELESTAZOL 40 MG | Ratino | | | |
| 12 | CELESTAZOL VO SE PAS > 160 MMHG PAD > 110 MMHG | SN | | | |
| 14 | CELESTAZOL (não tem mais curativo) | 14/02/2019 | | | |
| 16 | CELESTAZOL 25MG VO À NOITE | 14/02/2019 | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |

VOI...
... SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL
... PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS,
... LOTE, BEG.
... LICA

Dr. Raphael Brum
CRL 1396

| SINAIS | FC | FR | TEMP | P | E |
|--------|-----|-----|------|---|---|
| 6 H | 120 | 100 | 36 | + | 0 |
| 12 H | 130 | 85 | 36,9 | + | 0 |
| 18 H | 120 | 88 | 36,5 | + | 0 |
| 24 H | 120 | 88 | 36,5 | + | 0 |

18h deitno
145 x 80

329

HC

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----|-------|-------|--------|---------------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | | OP | 14-05 | PRE-OP | |
| IDADE | | | LEITO | 329 | DATA | 21/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | manhã |
| 6 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | | S/W |
| 8 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | S/W |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | S/W |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | S/W |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | Ali |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO (Sustentado) | | | | | |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | | 18h 129 06 100mg/dl |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | 20h |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PORE S/OU EXAS. FURCLOS
 FISIOLOGICAS PRESENTES
 CD = MANUTEN

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| 6H | 110x69 | 84 | - | 36°C | - | + |
| 12H | 130x80 | 94 | 18 | 36°C | + | - |
| 18H | 120x80 | 84 | - | 35.4 | + | + |

6h Dextro. 100mg/dl

Dr. Lael Silveira
 Médico
 Cirurgião 2019

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Sofia Juliana dos Santos

HD

DATA:

22/05/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

328

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () | | | |
| DRENOS: SIM () NÃO () | | | |



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPÔSTA 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
8. ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO ()
9. CÂNCER: LOCAL: GRAU () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIENTIA

- NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERMEÁVEIS () OBTURADAS
- HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () GRAZÁVEL () PRECÁRIA
- OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MÚRMUROS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES
- TOSSE: () PRESENTES () AUSENTES
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () PRESENTES () AUSENTES
- CONJUNTAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

- ACIDATADA () UNIDA () DESIDATADA () CORADA () HIPÓCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
- REFLUXO: () ACIDENTES () PRESENTES
- ABDOMEN: () FLÁCIDO () DILATADO () TÍPICO () AGUDO () VAG. PALPÁVEL
- ELIMINAÇÃO: () NORMAL () PRECÁRIA
- DIARRÉIA: () PRESENTES () AUSENTES
- HEMATÓCITO: () PRESENTES () AUSENTES
- HEMATÓCITO: () PRESENTES () AUSENTES

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DENTUÇÃO PREJUDICADA
- () CONHECIMENTO PREJUDICADO
- () RISCO PARA DANOS FÍSICOS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANter VIAS AÉREAS PERMEÁVEIS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 h
- () MANter MONITORIZAÇÃO
- () MANter CABEÇA ELEVADA
- () ASPIRAR VIAS /TOT
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA
- () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANter ACESSOS VENOSOS PERMEÁVEIS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2/2 h
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANter JEIUM A PARTIR DAS 8h
- () REALIZAR BANHO DENTRO 2/2 h
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2 h
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () CONSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
- () OUTROS

MANHÃ: _____ EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO _____ DATA: 11/05/2011 LICHA: _____

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO: _____ DATA: 11/05/2011 HORA: _____

NOITE: _____ ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO: _____ DATA: 11/05/2011 HORA: _____

MANHÃ: _____ ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM _____ DATA: 11/05/2011 LICHA: _____

Paciente orientado para quebras
de vidro. SSV com. segue aos
serviços da equipe.

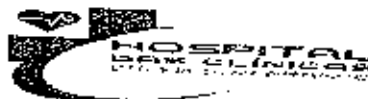
Celia Regina Dias R. Castro
Técnica Enfermagem
CRF-PR 207549

TARDE: _____ ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM: _____ DATA: 11/05/2011 HORA: _____

NOITE: _____ ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM: _____ DATA: 11/05/2011 HORA: _____

Paciente no quarto com
resposta e orientado para
proceder a coleta de sangue para
exames.

Vanilson Moura de Araújo
COREN-RO 207549-11
Técnico de Enfermagem
ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM: _____



Paciente: João Teodoro Dos Santos

Solicitação: 10009257

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1958

Idade: 61 ANO

Origem: HC

Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828

Sator: BLOCO 3A

Leito: 323

Data de Emissão: 28/03/2019 21:02

Recbimento: 27/03/2019 06:31

Resultado do Exame

Ordem: 1000925702

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1,85 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

Creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

54,17 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Metodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

TGO

Resultado

23,78 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Metodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

TGP

Resultado

19,35 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

38,85 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

Vandilson Lima Braga
Farmacêutico/Bioquímico
CRM/RR 436

Assinatura do Médico Responsável: Roberto Moscato - Farmacêutico/Bioquímico - CRM - RR 24509
O médico não pode assinar com o nome pessoal

28/03/2019 08:46

(*) Retificado
Página 1 de 1



Paciente: **João Teodoro Dos Santos**
Associação: 10000257 Número Interno: Sexo: Masculino Nasc: 15/06/1958 Idade: 61 ANO
Origem: HC Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1528
Data de Emissão: 26/03/2019 21:02 Setor: BLOCO 3A Leito: 323
Recebimento: 27/03/2019 06:31

Resultado de Exame

Amostra: 10/0625701

COAGULOGRAMA COMPLETO

| | | |
|---|-------------|-----------------|
| Coagulante: PLASMA | Resultado | Referência |
| Coagulador: T33 - Automatizado (Destiny Plus) | SEM KIT seg | 10.0 - 14.0 seg |
| TEMPO DE PROTROMBINA | SEM KIT | 0.8 - 1.2 |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | 31.2 seg | 25.0 - 39.0 seg |
| RATIO | SEM KIT | 0.0 - 1.25 |
| ATIVIDADE DE PROTROMBINA | SEM KIT % | 70.0 - 100.0 % |

Obs: O laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa de coleta.

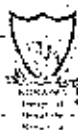
Amostras coletadas em circunstâncias estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Gabriel C. Duarte
Farmacológico-Bioquímico
CRM-RR 114

Dr. Israel José de Souza - Farmacológico-Bioquímico - CRM - RR 245/09
Assinatura do profissional responsável

29/03/2019 09:46

(*) Rastreio
Página 1 de 1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPÉDICA HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: LEITO 329 DATA: 22/3/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA ORAL PARA DM E HAS

SWD

ACI SSO VÍDOSO PERIFÉRICO

SWD

SSVV + CCGG 6/6 H

SWD

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

SWD

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

SWD

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA

SWD

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

SWD

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

SWD

SIMPLICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

SWD

DEXTRO 12/12HS. Correção ACM

SWD

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

SWD

14

15

16

17

18

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA

REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250:

2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400:

10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40

ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

| | PA | FC | FR | TEMP |
|---------------|--------|----|----|--------|
| SINAIS VITAIS | | | | |
| 6 H | 120/70 | 70 | 16 | 35.9° |
| 12 H | 120/70 | 85 | 20 | 36° |
| 18 H | 130x80 | 87 | - | 36° |
| 24 H | 130x90 | 57 | - | 34.7°C |

NAME: Yoko Jordan Lee Scott

SEXO: () M; () F

PESO _____ KG

329

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

DIAGNOSTICS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| | |
|-------------|--------|
| CATERPILLAR | SIMC } |
|-------------|--------|

SONDA VESTICAL: SIME!

SONDA NASOCAST

CONFIDENTIAL

SUNBA NASOENTRE
 DEKNOE ED/CO.

REVENUE: SIMU

IDENTIFIQUE SE HA TEXTO

INTERA POR PRECISO

CABECA PESQUISA/ NÚ

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

PUPILS: () REAGENTE

ACUIDADE VISUAL

VIAS AÉREAS SUPERIORES

OB5: _____

TORÁX É DILATÁVEL / na

EXPANSÃO: 15151667014

FOR INSPIRATION:

FREQUÊNCIA: { } EUPNÉ

INTÉRMITTOS VESICULA

RUIDOS ADVENTICIOS:

CLASSIFICAÇÃO/COR DA PEÇA

1. HUBRISTADÁ () UMIDA

TEMPERATURA NA REGIÃO

PARALLEL CAPACITORS

ATTACH CARD/ACQ: IT BE

REFUSÃO PERIFÉRICA:

ULSO PERIFÉRICO: () RF

ULSD: () NORMAN C3R.D11

SCALE DO PULSO:

PARELHO GASTRINTE:

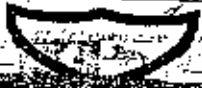
MEITEE () MOROBI ()

...and the ...

.....

2010年12月10日

[illegible]

| | | | | | | |
|--|---|-------|-------|--------|-----------|----|
|  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | HC |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 23/5/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | |
| 15 | DEXTRO 12/12HS | | | | | |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Marcus Brito
 Médico Especialista em
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 191770-4

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| 6H | 120/80 | 88 | | 36° | - | + |
| 12H | 140/80 | 75 | 20 | 36,3 | - | + |
| 18H | 140/80 | 72 | | 36,9 | - | + |
| 24H | | | | | | |

Jerivan
 Jerivan



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sônia Juliana dos Santos

HD

DATA: 23/05/18

SEXO: M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

308

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATERER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATERER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () | | | |

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

LESÕES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFERMAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESCONSERVAÇÃO

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESPROTEÇÃO INEFICAZ DE VIAS

RESPIRATÓRIAS

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOSTIMULAÇÃO PERTURBADA

() DOR

() COGNIÇÃO

() DEFICIÊNCIA DE CONHECIMENTO

() COMPLACÊNCIA

PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONSUMO

DE MEDICAMENTOS

() RISCO PARA

PERTEÇA

() PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

() INEFICIÊNCIA PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANter VIAS AÉREAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE / / H

() MANter MONITORIZAÇÃO

() MANter CABECEIRA ELEVADA / / H

() ASPIRAR VIAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS

() AVENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / / H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EXAMENS

() MANter RISCO GÁSTRICO ANTES DA

SAUGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEPÇÃO DA

DIETA

() MANter JEJUM A PARTIR DAS / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

() MANter DEXTRO / / H

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | |
|---|-------------------------|
| MANHÃ: | DATA: 23/05 HORA: 11:00 |
| Paciente está bem, dieta, ofício, eucíntico. MA
Cauda hidradidrotomocárdica, normodensit
Sem flutuações, ruído, normais a vibrato, orelha
direita ofuscada, função brônquica normais
reflexos eucínticos da egeira. Sem manifestações
de...
CONTINUA 23/05/19 | |

| ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|---|-----------------|
| MANHÃ: | DATA: / / HORA: |
| Paciente, atende e enviado e sem
o Químico. Realizado SSW de rotina.
Visto
Jelson Rago Wile
OMPHST/157E | |

| |
|---|
| Paciente hoje para acite
diet. para normodensit
biventia, ruído, de ou
discompo, locomove-se c/
auxílio de muleta |
|---|

| |
|--|
| Nos 10 leite midoad SSW
estabilis sem os vidros
da enfermagem. |
|--|

16:00 23/05/19

Sem intercorrências.

Ass. E. C. Camargo
Técnico de Enfermagem
CONGO-RR 9.126

Ass. E. C. Camargo
ENFERMEIRO
CONGO-RR 9.143

Ass. E. C. Camargo
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

JOÃO

329

HC

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------|-------|--------|-----------|---------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | OP | 14-05 | PRE-OP | | |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 24/5/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | 24h |
| 2 | ACESSO VENOSO PÉRIFÉRICO | | | | | manhã |
| 5 | DIPÍRONA 1G EV 6/8h SN | | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN | | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | SN |
| 8 | OMEPRÁZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | 06h |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/8 H | | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | 3h |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | 1h |
| 15 | DEXTRQ 12/12HS | | | | | 12h |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | 20h |
| 17 | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | | |
| 19 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: | | | | | |
| 20 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | | |
| | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 U/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | | |
| | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | | |

DR. Marcelo
Marques
CRM/RR 1918

SINAIS VITAIS

| | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|-----|---------|----|------|--------|---|---|
| 6H | 110/70 | 80 | 18 | 36°C | + | + |
| 12H | 130/80 | 93 | 17 | 36°C | + | + |
| 18H | fona do | do | reto | | | |
| 24H | 110/70 | 80 | 18 | 36,6°C | + | + |

48h
Dextro
246 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Roberto Augusto dos Santos

HD

DATA: 29/05/18 SEXO: hm () f IDADE: 30 PESO: 70 KG. LEITO: 308

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | | LESÕES | |
|--------------------------------|-----------------------|--------|--|
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () LOCAL | DATA | |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () LOCAL | DATA | |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO () LOCAL | DATA | |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO () LOCAL | DATA | |
| SONDA NASOENTERAL | SIM () NÃO () LOCAL | DATA | |
| DRENOS | SIM () NÃO () QUAL? | DATA | |



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTOS 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO 9- SIM () NÃO () LOCAL

CABEÇA, PESCOÇO, NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍATICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DEBILITADA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉLVICAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
 OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
 MÚLTIPLOS RUIDOS: () PRESENTE () AUSENTE () SECOS () EXpectoratório
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
 CIRCULAÇÃO/COOR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICÁ
 () CLÁNTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
 ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGUE PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUROS

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA
 () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA () URINÁRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () DESDESEQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
 () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOESTIMA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () REGULÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
 () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉLVICAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
 () MANTER MONITORIZAÇÃO
 () MANTER CABECEIRA ELEVADA
 () ASPIRAR VIAS /TOT____
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENÇÃO PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENÇÃO PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
 () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉLVICOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
 () OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
 () REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LEITO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ____/____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES ENF:____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS:

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|--|-------|---|-------|
| MANHÃ | TARDE | MANHÃ | TARDE |
| DATA | HORA | DATA | HORA |
| <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | | <p>ASS. E CARIMBO- T.E.C. ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | |
| <p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | | <p>ASS. E CARIMBO- T.E.C. ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | |

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS

NEGA

OP

14-05

PRE-OP

IDADE

LEITO

329

DATA

25/5/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL PARA DM E HAS

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 DÍPIRONA 1G EV 6/6H SN

5 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SN

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

8 OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

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

10 SSVV + CCGG 8/6 H

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

14 CURATIVO DIÁRIO

15 DEXTRO 12/12HS

16 AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

RESCRIÇÃO MÉDICA:

DATA

C. I.

VITAIS

PA

FC

FR

TEMP

E

D

06H

120/80

66

-

36.6

-

+

12H

110/80

80

-

36.6

+

+

18H

120/80

80

38

36.5

+

+

24H

112/65

78

-

36.8

-

+

DXT
9
117mg/dl
Vander

10

• ALLERGICO?

LES OIES

| | | | | | | |
|--|------------|-------------|-----------------|--------------------|----------|--------------|
| 1. FERIMENTO | 2. ABRASÃO | 3. HEMATOMA | 4. DEFORMIDADES | 5. FRATURA EXPOSTA | 6. EDEMA | 7. AMPUTAÇÃO |
| ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ | | | | | | |
| GRAU () GRAU II () GRAU III () | | | | | | |
| CABEÇA: PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIÊNCIA _____ | | | | | | |

$$\text{GRAU I} \{ \text{GRAU II} \} \text{GRAU III}$$

PUPILAS: { } REAGENTE { } NÃO REAGENTE { } ISOCÓRICAS { } ANISOCÓRICAS { } MISTURADA

BUCAL () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

100

EXPANSÃO: 1 | SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO ()

FREQUENCIA: 1 | EDIFICIO: 1 | ADQUIRIDO: 1 | BISNECO

ADJUNCTIVE, second, and third

{1} HEDRATADA() UMIDA() DESIDRATADA() COARADA() HIPOCOARADA() SAUDA() RUBORIZADA() ITERICA

RITRORCARPIACO: 1) REGULAR, 2) IRREGULAR()

POLYMER LETTERS

FREQUENCY

ACETIC ACID, 100% (GLACIC ACID) 100-00-0

1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 26

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

ANSI Z39.48

4.1. ENFRENTAMENTO INEFICAZ

DESEQUILIBRADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

[] FADIGA

() RISCO PARA QUEDAS

() AUTOSTIMA PER URBANA

4) CONSTIPACAO

{} DEFECT DO AUTO CUIDAR

PREJUDICADA

1: DOK

15 APRIL 2014

[illegible][illegible]

| | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 | 2100 | 2101 | 2102 | 2103 | 2104 | 2105 | 2106 | 2107 | 2108 | 2109 | 2110 | 2111 | 2112 | 2113 | 2114 | 2115 | 2116 | 2117 | 2118 | 2119 | 2120 | 2121 | 2122 | 2123 | 2124 | 2125 | 2126 | 2127 | 2128 | 2129 | 2130 | 2131 | 2132 | 2133 | 2134 | 2135 | 2136 | 2137 | 2138 | 2139 | 2140 | 2141 | 2142 | 2143 | 2144 | 2145 | 2146 | 2147 | 2148 | 2149 | 2150 | 2151 | 2152 | 2153 | 2154 | 2155 | 2156 | 2157 | 2158 | 2159 | 2160 | 2161 | 2162 | 2163 | 2164 | 2165 | 2166 | 2167 | 2168 | 2169 | 2170 | 2171 | 2172 | 2173 | 2174 | 2175 | 2176 | 2177 | 2178 | 2179 | 2180 | 2181 | 2182 | 2183 | 2184 | 2185 | 2186 | 2187 | 2188 | 2189 | 2190 | 2191 | 2192 | 2193 | 2194 | 2195 | 2196 | 2197 | 2198 | 2199 | 2200 | 2201 | 2202 | 2203 | 2204 | 2205 | 2206 | 2207 | 2208 | 2209 | 2210 | 2211 | 2212 | 2213 | 2214 | 2215 | 2216 | 2217 | 2218 | 2219 | 2220 | 2221 | 2222 | 2223 | 2224 | 2225 | 2226 | 2227 | 2228 | 2229 | 2230 | 2231 | 2232 | 2233 | 2234 | 2235 | 2236 | 2237 | 2238 | 2239 | 2240 | 2241 | 2242 | 2243 | 2244 | 2245 | 2246 | 2247 | 2248 | 2249 | 2250 | 2251 | 2252 | 2253 | 2254 | 2255 | 2256 | 2257 | 2258 | 2259 | 2260 | 2261 | 2262 | 2263 | 2264 | 2265 | 2266 | 2267 | 2268 | 2269 | 2270 | 2271 | 2272 | 2273 | 2274 | 2275 | 2276 | 2277 | 2278 | 2279 | 2280 | 2281 | 2282 | 2283 | 2284 | 2285 | 2286 | 2287 | 2288 | 2289 | 2290 | 2291 | 2292 | 2293 | 2294 | 2295 | 2296 | 2297 | 2298 | 2299 | 2300 | 2301 | 2302 | 2303 | 2304 | 2305 | 2306 | 2307 | 2308 | 2309 | 2310 | 2311 | 2312 | 2313 | 2314 | 2315 | 2316 | 2317 | 2318 | 2319 | 2320 | 2321 | 2322 | 2323 | 2324 | 2325 | 2326 | 2327 | 2328 | 2329 | 2330 | 2331 | 2332 | 2333 | 2334 | 2335 | 2336 | 2337 | 2338 | 2339 | 2340 | 2341 | 2342 | 2343 | 2344 | 2345 | 2346 | 2347 | 2348 | 2349 | 2350 | 2351 | 2352 | 2353 | 2354 | 2355 | 2356 | 2357 | 2358 | 2359 | 2360 | 2361 | 2362 | 2363 | 2364 | 2365 | 2366 | 2367 | 2368 | 2369 | 2370 | 2371 | 2372 | 2373 | 2374 | 2375 | 2376 | 2377 | 2378 | 2379 | 2380 | 2381 | 2382 | 2383 | 2384 | 2385 | 2386 | 2387 | 2388 | 2389 | 2390 | 2391 | 2392 | 2393 | 2394 | 2395 | 2396 | 2397 | 2398 | 2399 | 2400 | 2401 | 2402 | 2403 | 2404 | 2405 | 2406 | 2407 | 2408 | 2409 | 2410 | 2411 | 2412 | 2413 | 2414 | 2415 | 2416 | 2417 | 2418 | 2419 | 2420 | 2421 | 2422 | 2423 | 2424 | 2425 | 2426 | 2427 | 2428 | 2429 | 2430 | 2431 | 2432 | 2 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|

MANHÃ

UNIDADE DE CUIDADO INTERMÉDIO

DATA / /

HORA

MANHÃ

ADMISSÃO DO TÍTULO DE ENFERMEIRO

DATA 01/05/2013 HORA 08:00

Receber o paciente, realizar a anamnese e o exame físico, e a avaliação de risco.



TARDE

DATA / /

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

TARDE

DATA / /

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÍT. ENFERMEIRO

NOITE

DATA / /

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

NOITE

DATA / /

HORA

ASS. E CARIÓTIPO - TÍT. ENFERMEIRO

Realizar a anamnese e o exame físico, e a avaliação de risco.



ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO - TÍT. ENFERMEIRO



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

| | | | | | |
|--|--|------|------|------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | | | | | |
| IDADE | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | |
| ITEM | LEITO | 329 | DATA | 26/05/2019 | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL P DM E HAS | | | | HORÁRIO |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | SUB |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | mañ |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SUSPENSO |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN | | | | SN |
| 10 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO SN | | | | SN |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | M |
| 15 | DEXTRO 6/6H | | | | 100, 114 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 06, 10 |
| 17 | | | | | 20 |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | D | E | |
|---------------|---------------------------|----|----|------|---|---|-----------|
| 6 H | 117/70 | 89 | 20 | 36 | + | 0 | 85 mg/dl |
| 12 H | 121/70 | 89 | 24 | 36,5 | + | 0 | 224 mg/dl |
| 18 H | NAO SE ENCONTROU NO LEITO | | | | | | |
| 24 H | 123/73 | 91 | 20 | 36,8 | + | 0 | 134 mg/dl |

Dr. Marcus Branner
Médico
CRM 1017

Flávia Camargo
Ass. Enfermagem
CRM 100.451

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE: _____

PESO: _____

KG.

LEITO

HD

• ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO () | | LOCAL | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO () | | DATA | |
| SONDA NASOENTERAL SIM () NÃO () | | DATA | |
| DRENOS: SIM () NÃO () | | QUAL? | |

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____

GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓNICAS () ANISOCÓNICAS () MIDRIÁTICA
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
 VÍAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OSTRUÍDAS
 ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
 OES: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
 RUIDOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
 TOSSES: () AUSENTES () SECAS () EXPECTORAÇÃO
 RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÍMOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NÓRTERMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
 R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES
 ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL
 ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: _____
 () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MÊLERA

APARELHO GENTURINÁRIO/DIURSE:

() ESPONTÂNEO () ESTIMULADO () CRONOTÓPO () SINO () IMPULSO () COMATINADO
 () LITOTÓPO () LITOTÓPO () LITOTÓPO () LITOTÓPO () LITOTÓPO () LITOTÓPO

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
 () INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 () TROCA GASOSA PREJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () ENFENTAMENTO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIÇÃO
 () DESEQUILIBRADA
 () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
 () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPIÚTICO
 () DESTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS
 () FADIGA
 () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
 () RISCO PARA Quedas
 () RISCO PARA LESÃO
 () AUTOSTÍMIA PERTURBADA
 () DIARRÉIA
 () CONSTIPAÇÃO
 () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
 () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
 () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
 () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
 () DOR
 () HIPOTERMIA
 () HIPERTERMIA
 () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
 () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
 () DEGRADAÇÃO PREJUDICADA
 () CONFORTO PREJUDICADO
 () DEBILIDADE CARDÍACA DIMINuíDO
 () OUTROS: _____

() MANter VÍAS AÉREAS PÉRVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VÍAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
 () MANter MONITORIZAÇÃO
 () MANter CABEÇA ELEVADA
 () ASPIRAR VÍAS TOT
 () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
 () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
 () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
 () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
 () MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
 () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
 () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
 () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
 () MANter JEJUNO A PARTIR DAS ____ H
 () REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
 () ORIENTAR AUTO CUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LEITO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

MANHÃ

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / HORA

TARDE:

TARDE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA 26/05/2018 HORA 18

Recebi de nós de vacante
no posto.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA / HORA

NOITE:

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA 26/05/2018 HORA 18

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

DATA 26/05/2018 HORA 18

NOITE:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

DATA 26/05/2018 HORA 18

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

329

| | | | | | |
|--|--|-----|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | 329 | DATA | 27/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | |
| 1 | DIETA ORAL P DM E HAS | | | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN | | | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO SN | | | | |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 15 | DEXTRO 6/6H | | | | |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO A NOITE | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

San
Mon
SUSPENSO
SUSPENSO
San
SN
SN
SN
SN
SN
SN
SN
Rotina
18 de Maio
20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO F AFEBRIL
 AR: MVF SEM RA
 AB: SEM ALTERAÇÕES
 MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
 SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
 CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
 PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

Dr. Marcelo Henrique
18 de Maio
2019

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | D | F | Dxt |
|---------------|--------|----|----|-------|---|---|--------|
| 6 H | 130/90 | 67 | | 36.3° | + | - | Dxt |
| 12 H | 130/90 | 80 | 18 | 36.3° | + | - | Yugim. |
| 18 H | 140/90 | 96 | - | 35.7 | + | - | 31.0 |
| 24 H | 129/77 | 75 | 16 | 36° | + | + | 14.5 |

12 horas. obs: Paciente recusou a correção do dextro. insulina regular 6UI.

08h paciente sem fte. pt verificação do dextro - 14.5 mg/dl.



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

João Roberto dos Santos

HD

DATA:

27/05/19

SEXO: (M) F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

328

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATERER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-----------------------------|-----------------|-------|-------|
| CATERER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () | NÃO () | DATA: | DATA: |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () | NÃO () | DATA: | DATA: |

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () MISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () FAVORÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EQUIVOCADO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚLTIPLAS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

() HÍDRATAÇÃO () GUAÇA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

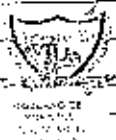
APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUTUANTE
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () DISRÍTMICO () COMATOSO
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

ACTIVIDADE INTESTINAL: () NORMAL () AUMENTADA () DIMINUIDA
ESTADO NUTRICIONAL: () BOM () RUIM () PREOCUPANTE
DOR: () NÃO () SIM () LOCALIZADA () DIFUSA () INTERMITENTE () CONTÍNUA
DIETAS: () COMUM () ESPECIAL () LÍQUIDA () SEMI-LÍQUIDA () SÓLIDA () NENHUMA

| EVOLUÇÃO DO USUÁRIO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM | |
|--|--|---|--|
| MANHÃ: | DATA / HORA | MANHÃ: | DATA / HORA |
| <p>Paciente acordou, fez de xixi, evacua com ajuda, ingerindo 300ml de água, calça suada, deixo a 34.0. Recebeu compressa de 30.00m. Observando em data função postórgos normais</p> | <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | <p>Paciente orientado, sem queixas, avaliando SSV com. Segue sob cuidados da equipe.</p> <p>Relatório de R. Castro
Técnico Enfermagem
ECON-10.002.040</p> | <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> |
| <p>NOITE:</p> <p>Paciente not, Béga sem queixas. Demora a amada de po cunha.</p> | <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | <p>NOITE:</p> <p>Paciente no leito, sem queixas, orientado, segue sob cuidados da equipe.</p> | <p>DATA / HORA</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> |
| <p>Assistência da Costa Fortuna</p> <p>Enfermeira</p> <p>Enfermeira</p> | <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | <p>Assistência da Costa Fortuna</p> <p>Técnico Enfermagem</p> <p>Técnico Enfermagem</p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> |



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 26/3/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06h |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 8/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PA> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 20h |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20h NTF |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA; FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, REG.

AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Indicado para ORTOMÓDIO

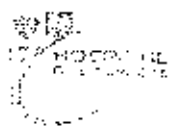
Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR





| SINAIS VITAIS | PA | FC | TOX | D | E | DXT | |
|---------------|--------|----|--------|---|---|-----|----|
| 6 H | 100x70 | 84 | 36.9 | + | - | | 06 |
| 12 H | 140x80 | 73 | 36.8°C | + | + | | 14 |
| 18 H | | | | | | | |
| 24 H | 100x70 | 73 | 35.5°C | | | | 22 |

64 mg/dl

ferro
glicose
cpm
TCC com

glic: Por com dif. de acesso venoso!

| | | | | | |
|---|--|----------------------------|------------|---------------------------------------|--|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 | |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | | |
| | | ENF/LEITO: 229 | | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Nome: <u>João Teodoro dos Santos</u> | | | |
| DATA: <u>20/03/19</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
  | DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
  |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm |
| Apresentação do leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco
<input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante | <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco
<input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante | <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco
<input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo |
| Cor: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Localização da ferida: | <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> A beira do leito
<input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> A beira do leito
<input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> A beira do leito
<input type="checkbox"/> Evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor |
| Características da pele Periférica: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <u>09:50</u> <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca: | <u>27/03/19</u> | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Em caso de + de 24hs | <u>01- 860-CP</u>
<u>02- 817-505-74</u> | <u>01-</u> <u>02-</u> | <u>01-</u> <u>02-</u> |
| Assinatura do enfermeiro | (Assinatura) | (Assinatura) | (Assinatura) |
| Assinatura do médico | (Assinatura) | (Assinatura) | (Assinatura) |

Oste: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 82 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Donato Jordano dos Santos

HD

DATA: 26/03/88

SEXO: M (M)

IDADE

PESO

KG

LEITO

328

• ALÉRGICO ?

| EXAME FÍSICO DO PACIENTE | | LESÕES | | DIAGNÓSTICO | | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | |
|--|-----------------------|--------|--|--|--|---|--------------|
| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | | | | | | | |
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) LOCAL | DATA | | () RISCO DE INFECÇÃO | | () MANUTER VIAS AÉREAS PERVIAS | |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) LOCAL | DATA | | () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | | () REALIZAR CUIDADOS COM VAS | |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO (X) LOCAL | DATA | | () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | | () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE | <u>6/6</u> H |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO (X) LOCAL | DATA | | () TROCA GASOSA PREJUDICADA | | () MANUTER MONITORIZAÇÃO | |
| SONDA NASOENTERAL | SIM () NÃO (X) LOCAL | DATA | | () TRANSIDADE | | () MANUTER CABECEIRA ELEVADA | |
| DRENOS | SIM () NÃO (X) QUAL? | DATA | | () MEDO | | () ASPIRAR VAS / TOX | |
| IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES | | | | () ENFRENTAMENTO INEFICAZ | | () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA | |
| 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO | | | | () RISCO PARA NUTRIÇÃO | | () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS | |
| ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL | | | | DESCULIBRADA | | () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA | |
| CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | | () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | | () MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO | | | | () IMOBILIDADE DE FÍSICA PREJUDICADA | | () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE | <u>—</u> H |
| PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA | | | | () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | | () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES | |
| ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA | | | | () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | | () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS | |
| VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS | | | | () FADIGA | | () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM | |
| HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL | | | | () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | | () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL | |
| OBS: | | | | () RISCO PARA QUEIMAS | | () ESTIMULAR E REGISTRAR ACENTAÇÃO DA DIETA | |
| TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO | | | | () AUTOESTIMA PERTURBADA | | () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: — H | |
| EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO | | | | () DEBILIDADE | | () REALIZAR DEXTRO — HORAS | |
| DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO | | | | () CONSTRIÇÃO | | () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSO | |
| FREQUÊNCIA: () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO | | | | () RISCO PARA CONSTRIÇÃO | | () ORIENTAR AUTOCUIDADO | |
| MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES | | | | () DEFICIT DO AUTO CUIDADO | | () REALIZAR BANHO NO LETO | |
| AUXÍLIOS ADJUTIVOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILOS | | | | () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | | () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO — H | |
| CIRCUNSCRIÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: | | | | () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO | | () PREPARAR PARA EXAMES EM: | |
| (X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA | | | | () DOR | | () REALIZAR HIGIENE DE CONTO | |
| () CIANOTICA () ACANOTICA () MACROCIANOTICA | | | | () HIEPOTERMIA | | () ESTIMULAR DEAMBULADO | |
| TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA | | | | () HIEPOTERMIA | | () OBSERVAR E REGISTRAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | |
| APARELHO CARDIOVASCULAR | | | | () HIEPOTERMIA | | () ATIVIDADE FÍSICA | |
| RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () | | | | () HIEPOTERMIA | | () OUTROS | |
| PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA | | | | () HIEPOTERMIA | | | |
| PULSO PERIFÉRICO: () REGULAR () ARRITMICO () FILIFORME | | | | () HIEPOTERMIA | | | |
| PULSO: () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO | | | | () HIEPOTERMIA | | | |
| LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA | | | | () HIEPOTERMIA | | | |
| APARELHO GASTROINTESTINAL | | | | () HIEPOTERMIA | | | |
| APETITE: () BOA () MAU () AUMENTADO () DIMINUIDO () NULO () DEFICIENTE | | | | () HIEPOTERMIA | | | |
| RÍGIDO () MOLE () TENDIDO () ABOMINADO () FLACIDO () TENDIDO () TENDIDO () TENDIDO | | | | () HIEPOTERMIA | | | |
| E FÉRMIDO () FÉRMIDO () FÉRMIDO () FÉRMIDO () FÉRMIDO () FÉRMIDO | | | | () HIEPOTERMIA | | | |

Paciente está em jejum, sem gases e fezes. Há náuseas e vômitos, fôlego com odor amoníaco. Os exames de urina e fezes estão normais.

COR

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

26/03/19

Coram 778.066

Realizado Sinais Vitais: temperatura 36,5°C, pulso 78 bpm, pressão 120/80 mmHg, saturação 98% em ar ambiente.

Paciente está repousando bem, sem alterações de estado de consciência.

Ass. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

NÓITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

NÓITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

26/03/19

Paciente em repouso, adormecido. Não há náuseas e vômitos. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações.

Ass. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIIMBO - ENFERMEIRO:

OK

329

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

HC

| | | | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|----------|-----|------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | | | DTH | DN |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | | |
| DIAGNOSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNÓZELO ESQUERDO | | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | IAS | NEGA | DM2 | NEGA | | |
| IDADE | | LEITO | 221 | DATA | 4/3/2019 | | |
| SEXO | PRESCRIÇÃO | | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E IAS | | | | | | HORARIO |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | | 5am |
| 3 | CLIFEMIL 1G EV 8/8H | | | | | | monte |
| 4 | FILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | | 24/06 |
| 5 | DIPIRONA 2G I.V. B/GI SN | | | | | | SUSPENSO |
| 6 | TRAMAL 100mg 15L 0.5% EV OU 01 CP VO 8/8h SE DOR INTENSA | | | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | | SN |
| 9 | SIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | | 06 |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | | SN |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | | Relat |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | | | SN |
| 16 | DEXTRO 8/8HS | | | | | | u |
| 18 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | | 16/24 |
| 20 | | | | | | | 20/06 |
| 22 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI L OU GLICOSE > 170 MG/DL, GLICOSE > 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA | | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
 FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSSE OU DIARRÉIA.
 PUFFICO, EDE, BCG.
 AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1826/RR

| USAR | PA | FC | FR | TA | D | E |
|------|--------|----|----|-------|---|---|
| 8 H | 130x80 | 86 | 20 | 135 | + | + |
| 12 H | 120x80 | 73 | 18 | 36.5C | + | + |
| 18 H | 130x86 | 96 | 18 | 36.5C | + | + |
| 24 H | 110x88 | 73 | 18 | | + | + |

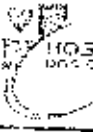
08 Dextro 08:00 = 50mg/dl
 Recusa de glicose

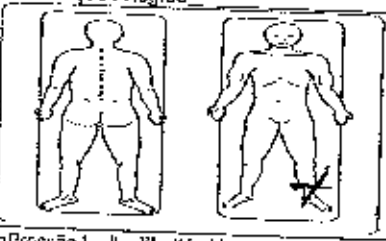
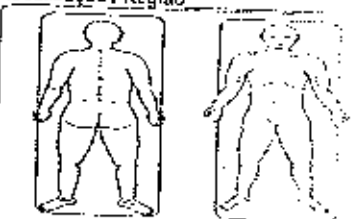
09 Dextro 09:00 = 140mg/dl

MA AMB
 Cren-RS 778
 Oficial

02 Dextro 24 h -> 107

Dextro 08 h -> 57 mg/dl -> paciente recusa glicose, vai fazer alimentação, sem alteração

| | | | | |
|--|---|------------------------------|------------|---------------------|
|  HOSPITAL DOS CLÍNICOS | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração: |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: <u>329</u> | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nome: <u>João Tendeo dos Santos</u> | | | |
| DATA: <u>04/03/19</u>
GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 | DATA:
GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | | Etiologia
<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | |
| Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito:
<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | Aparência do Leito:
<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | |
| Quantidade de Exsudato:
<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | Quantidade de Exsudato:
<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato:
<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | | Tipo de exsudato:
<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | |
| Cor:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Cor:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Ocor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | Ocor:
<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Perifoneal:
<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | | Condição da pele Perifoneal:
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | |
| Solução para limpeza
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,5%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | Solução para limpeza
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Cobertura primária (Colato direto na lesão)
<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | | Cobertura primária (Colato direto na lesão)
<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Hora de curativo: <u>Manhã 09:35</u> <input type="checkbox"/> Tarde | | Hora de curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca: <u>05/03/19</u>
Em caso de 1 de 24hs | | Data da Próxima troca:
Em caso de 1 de 24hs | |
| Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem
01- <u>Eleneia Lopes de Sousa</u>
02- | | Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem
01- <u>Eleneia Lopes de Sousa</u>
02- | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
<u>Eleneia Lopes de Sousa</u>
COREN/RR 356839 | | Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
<u>Eleneia Lopes de Sousa</u>
COREN/RR 356839 | |
| Obs: | | Obs: | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Couva/Fec. Solutions Program.

Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: SONIA LACERDA DOS SANTOS SEXO: M () F IDADE: 32 ANOS

DATA: 04/03/13 PESO: 32,5 KG. LEITO: 325 HD: 325

• ALÉRGICO ?

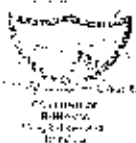
EXAME FÍSICO DO PACIENTE

| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | LESÕES | DIAGNÓSTICO | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |
|--|---|---|---|
| CATETER CENTRAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL: <input type="checkbox"/> DATA: <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO | <input type="checkbox"/> MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS |
| CATETER PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL: <u>VE</u> DATA: <u>04/03</u> | | <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | <input type="checkbox"/> REALIZAR CUIDADOS COM VIAS |
| SONDA VESICAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DATA: <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> TOCA GÁSOSA PREJUDICADA | <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6</u> h |
| SONDA NASOGÁSTRICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DATA: <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE | <input type="checkbox"/> MANTER MONTORIZAÇÃO |
| SONDA NASOENTERAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA: <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> MEDO | <input type="checkbox"/> MANTER CABEÇA ELEVADA |
| DRENOS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DATA: <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ | <input type="checkbox"/> ASPIRAR VAS /TOT | <input type="checkbox"/> VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA |
| IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES | <input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO DESECULIBRADA | <input checked="" type="checkbox"/> ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS | <input checked="" type="checkbox"/> ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS |
| 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- ECZEMA 7- AMPUTAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> RISCO PARA ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS | <input type="checkbox"/> OBSERVAR ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS |
| ÚTERO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL: <u>GRAU I</u> <u>GRAU II</u> <u>GRAU III</u> | <input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | <input type="checkbox"/> OBSERVAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> h | <input type="checkbox"/> OBSERVAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> h |
| CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA | <input type="checkbox"/> NÍVEL DE CONSCIENTIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> SEDADO <input type="checkbox"/> ALERTA <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO | <input type="checkbox"/> OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES | <input type="checkbox"/> OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES |
| PUPILAS: <input type="checkbox"/> REAGENTE <input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> MIDRÍATICA | <input type="checkbox"/> ACUIDADE AUDITIVA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA | <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM | <input type="checkbox"/> AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM |
| ACUIDADE VISUAL: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA | <input type="checkbox"/> VÍAS AÉREAS SUPERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> OBSTRUTIVAS | <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL |
| OBS: <input type="checkbox"/> HIGIENE BUCAL <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> RAZOÁVEL <input type="checkbox"/> PRECÁRIA | <input type="checkbox"/> TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO | <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACETACÇÃO DA DIETA | <input type="checkbox"/> ESTIMULAR E REGISTRAR ACETACÇÃO DA DIETA |
| EXPANSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO | <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: <u> </u> h | <input type="checkbox"/> MANTER JEJUM A PARTIR DAS: <u> </u> h |
| DOR INSPIRATORIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas | <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO: <u> </u> HORAS | <input type="checkbox"/> REALIZAR DEXTRO: <u> </u> HORAS |
| FREQUÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> SUPLENTE <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNICO | <input type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas | <input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO | <input type="checkbox"/> REALIZAR CURATIVO DIÁRIO |
| MÚLTIPLOS VESICULARES: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> TOSSE: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> EXPECTORAÇÃO | <input type="checkbox"/> DIARRÉIA | <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EIV: | <input type="checkbox"/> PREPARAR PARA EXAMES EIV: |
| RUIDOS ADVENTÍCIOS: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> RÍMOS <input type="checkbox"/> ESTERTORES <input type="checkbox"/> SIBILUS | <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO | <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO | <input type="checkbox"/> ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO |
| CIRCULAÇÃO/ COR DA PELLE/MUCOSAS: | <input type="checkbox"/> RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA | <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA |
| <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA <input type="checkbox"/> UNIDA <input type="checkbox"/> DESIDRATADA <input type="checkbox"/> CONADA <input type="checkbox"/> HIPOCORADA <input type="checkbox"/> PALEDA <input type="checkbox"/> RUBORIZADA <input type="checkbox"/> ICTERICIA | <input type="checkbox"/> DEFICIT DO AUTO CUIDADO | <input type="checkbox"/> OUTROS | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> CLAMÓTICA <input type="checkbox"/> ACANÓTICA <input type="checkbox"/> MACROCIANÓTICA | <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | | |
| TEMPERATURA DA PELLE: <input checked="" type="checkbox"/> NORTERMICA <input type="checkbox"/> HIPERTERMICA <input type="checkbox"/> HIPOTERMICA | <input type="checkbox"/> RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO | | |
| APARELHO CARDIOVASCULAR | <input type="checkbox"/> DOR | | |
| RITMO CARDÍACO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA | | |
| PERFUSÃO PERIFÉRICA: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA | <input type="checkbox"/> HIPERTERMIA | | |
| PULSO PERIFÉRICO: <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> POLIFÔNICO | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELLE PREJUDICADA | | |
| POULSO: <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> AUSENTE | <input type="checkbox"/> PAORÃO DO SONO PREJUDICADO | | |
| LOCAL DO PULSO: <input type="checkbox"/> FREQUÊNCIA: | <input type="checkbox"/> DESLITÇÃO PREJUDICADA | | |
| APARELHO GASTROINTESTINAL | <input type="checkbox"/> CONFORTO PREJUDICADO | | |
| APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> ANOREXIA | <input type="checkbox"/> DEFICIT CARDÍACO DILATADO | | |
| FLUÍDO: <input type="checkbox"/> PRESENTES ABDOMINAIS: <input type="checkbox"/> FLATULOS <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> TENSÃO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> VNG PALPÁVEL | <input type="checkbox"/> OUTROS | | |
| EMENARQUE: <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE | | | |
| GAUSTRIC: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO | | | |
| ESTADO NUTRICIONAL: <input type="checkbox"/> NUTRICO <input type="checkbox"/> DESNUTRICO | | | |
| DIETA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA | | | |
| DIETA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDA | | | |

Assinatura do Enfermeiro: Edna M. Silva Data: 04/03/13

Assinatura do Médico: Correia Data: 04/03/13

[illegible]



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

HC

329

| | | | | | | | | |
|------------------|---|--|-------|--|------|----|------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | DIH | | | DN | | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | | HAS | | NEGA | | DM2 | NEGA |
| IDADE | | | LEITO | | 329 | | DATA | 3/3/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | | | |
| 3 | CETEPIME 1G EV 8/8H | | | | | | | 22:00 |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | | | |
| 5 | DIPIRONA 2G EV 6/6H SN | | | | | | | S/N |
| 6 | BRAMAL 100mg + SF 0.9% EV OU DT CP VO 8/8h SE DOR INTENSA | | | | | | | S/N |
| 7 | PLASIL 18-mg EV 8/8h (S/N) | | | | | | | S/N |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO DELA MANHÃ EM JEJUM | | | | | | | |
| 9 | SIMEFICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | | | S/N |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | | | Retirar |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | | | Atenção |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | | | | 18:24:00 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | | | | 20:00 |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI /ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA.
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA.
CURTIFICO, LOTE, REG.
AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Solicito RX TORNOZELO @.

Dr. Eider Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | Tax | D | E | DXT |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|-----|
| 6 H | 102x67 | 73 | 18 | 35.7 | + | 0 | |
| 12 H | 100x70 | 70 | 17 | 37.2 | + | 0 | |
| 18 H | 93x80 | 78 | 18 | 36.8 | + | 0 | |
| 24 H | 91x76 | 76 | 18 | 36.3 | + | 0 | |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA I

TRAUMATOLOGIA

264mg de 504UI Regular

Daniel Henrique Figueiredo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Kelvin Borges + Cláudio

João Roberto foca AUP glicose 24, fluindo bem.
colocados diurno molhos com enemas



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome: João Teodoro das Santos

DATA: _____

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região:

Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escorço ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☒ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo

Der: ☐ Sim ☒ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☒ Sem odor

Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____

Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2%. ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: 04/03/15

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- _____ 02- _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____

OBS:

DATA: _____

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região:

Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escorço ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo

Der: ☐ Sim ☐ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ Sem odor

Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____

Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____

Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: _____

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- _____ 02- _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____

OBS:

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Walter J. J. J. J.

HD

DATA: 22/03/19

SEXO: () M () F IDADE

PESO

KG.

LEITO

• ALÉRGICO ?

| EXAME FÍSICO DO PACIENTE | | LESÕES | |
|---|-----------------|--------|------|
| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | | | |
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____ | | | |
| DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____ | | | |
| IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES | | | |
| 1- FENIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO | | | |
| ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () | | | |
| CAREÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA | | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO | | | |
| PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA | | | |
| ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA | | | |
| VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA | | | |
| OBS: _____ | | | |
| TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO | | | |
| EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO | | | |
| ROR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO | | | |
| FREQUÊNCIA: () ELÉTRICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO | | | |
| MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO | | | |
| RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÔNCOS () ESTERTORES () SIBILOS | | | |
| CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS: | | | |
| () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA | | | |
| () CANOTICA () ACANOTICA () JACROCANOTICA | | | |
| TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA | | | |
| APARELHO CARDIOVASCULAR | | | |
| RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR () | | | |
| PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA | | | |
| PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME | | | |
| PULSO: () NORMAL/ RÍTMICO () TAQUICÁRICO () BRADICÁRICO () AUSENTE | | | |
| LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____ | | | |
| APARELHO GASTROINTESTINAL | | | |
| APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DISNUTRIDO | | | |
| R. H. A. () ALÍSTES () PRESENTES ABOGOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TÍRICO () AGUDO () VIBG PALPÁVEL | | | |
| JANVAZES/ MÔVIMOS/ TÍRICO () NORMAL () TÍRICO () TÍRICO () TÍRICO () TÍRICO | | | |
| APARELHO GASTROINTESTINAL | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| () RISCO DE INFECÇÃO | | | |
| () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | | | |
| () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | | | |
| () TROCA GÁSICA PREJUDICADA | | | |
| () ANSIEDADE | | | |
| () MEDO | | | |
| () ENFRENTAMENTO INEFICAZ | | | |
| () RISCO PARA NUTRIÇÃO | | | |
| () MOBIIDADE FÍSICA PREJUDICADA | | | |
| () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | | | |
| () DESOSTRUCÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | | | |
| () FADIGA | | | |
| () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | | | |
| () RISCO PARA Quedas | | | |
| () RISCO PARA LESÃO | | | |
| () AUTOSTIMA PERTURBADA | | | |
| () DIABREIA | | | |
| () CONSTIPAÇÃO | | | |
| () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | | | |
| () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO | | | |
| () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | | | |
| () RISCO PARA ANGINO ASPIRAÇÃO | | | |
| () DOR | | | |
| () HIPOTERMIA | | | |
| () HIPERTERMIA | | | |
| () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | | | |
| () PACIÃO DO SONO PREJUDICADO | | | |
| () DEGRADAÇÃO PREJUDICADA | | | |
| () CONFORTO PREJUDICADO | | | |
| () DÉFICIT CARDÍACO DISTRIBUÍDO | | | |
| () TÓRICO | | | |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | | | |
| () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS | | | |
| () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS | | | |
| () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H | | | |
| () MANTER MONITORIZAÇÃO | | | |
| () MANTER CABECEIRA ELEVADA _____ | | | |
| () ASPIRAR VIAS /TOT _____ | | | |
| () VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA | | | |
| () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS | | | |
| () ATENTAR PARA MANEUS E VÔMITOS | | | |
| () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA | | | |
| () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS | | | |
| () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H | | | |
| () OBSERVAR/COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. | | | |
| () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS | | | |
| () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM | | | |
| () VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL | | | |
| () ESTIMULAR E REGISTRAR AÇÃO DA DIETA | | | |
| () MANTER JEIUMA A PARTIR DAS: _____ H | | | |
| () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS | | | |
| () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO | | | |
| () ORIENTAR AUTO CUIDADO | | | |
| () REALIZAR BANHO NO LEITO | | | |
| () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H | | | |
| () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO | | | |
| () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____ | | | |
| () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO | | | |
| () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO | | | |
| () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA. | | | |
| () CUIDOS | | | |



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome:

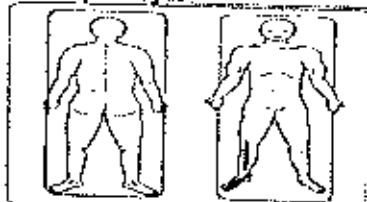
João Teodoro dos Santos

DATA: 23/02

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☒ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: 3 cm Largura: 5 cm
Profundidade: 3 cm

Aparência da Ferida:

☒ Tecido de granulação ☐ com estacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ Umido, pouco
☐ Umido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☒ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo

Cor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à base do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Periférica:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para Impeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Contato direto na ferida)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

trocar dia 24/02

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

OBS:

329



HOSPITAL DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

| | | | | | |
|--|--|------|------|-----------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | | | | | |
| IDADE | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | |
| ITEM | LEITO | 329 | DATA | 28/5/2019 | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL P DM E HAS | | | | HORÁRIO |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | San |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | monter |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SUSPENSO |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTER | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN | | | | SN |
| 10 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO SN | | | | SN |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 6/6H | | | | Rolando |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 18/06/20 |
| 17 | Art. 7. | | | | 20 |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

Dr. Marcus Brunner
Médico
CRM-FR 1817

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | | | |
|---------------|--------|-----|----|------|--------|-----|--|
| 6 H | | | | | 36,7°C | 353 | |
| 12 H | 120/90 | 100 | 18 | | | | |
| 18 H | | | | | | | |
| 24 H | | | | | | | |

28/05/12:00

Alta hospitalar

Unidade ~~Atendimento~~ R. Castro
Unidade Enfermagem
FONE-RR 907.549

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



Paciente: João Teodoro Dos Santos

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1958

Idade: 61 ANO

Solicitação: 10009257

Número Interno:

Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828

Origem: PC

Setor: BLOCO 3A

Leito: 323

Data de Emissão: 26/03/2019 21:02

Recebimento: 27/03/2019 06:31

Resultado de Exame

Amostra: 1000925703

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: 1126 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

Resultado

Referência

8,00 x10⁹/uL

4,0 - 10,0 x10⁹/uL

NEUTRÓFILOS

58,50 %

50,0 - 70,0 %

LINFÓCIOS

33,00 %

20,0 - 40,0 %

MONÓCIOS

5,00 %

3,0 - 12,0 %

EOSINÓFILOS

2,80 %

0,5 - 5,0 %

BASÓFILOS

0,70 %

0,0 - 1,0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

4,29 x10⁶/uL

4,32 - 5,52 x10⁶/uL

HEMOGLOBINA

12,00 g/dL

13,5 - 18,0 g/dL

HEMATÓCRITO

35,20 %

40,0 - 50,0 %

MCV

82,00 uL

87,0 - 103,0 uL

MCN

28,00 pg

27,0 - 34,0 pg

CHCM

34,10 g/dL

32,0 - 37,0 g/dL

RDW CV

13,00 %

11,0 - 16,0 %

RDW SD

45,00 fL

35,0 - 55,0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

178,00 x10⁹/uL

150,0 - 400,0 x10⁹/uL

MPV

9,60 fL

6,5 - 12,0 fL

ADP

16,40

9,0 - 17,0

PCT

0,171 %

1,08 - 2,82 %

Gehrielle C. Duarte

Gehrielle C. Duarte
Farmacêutica-Bioquímica
CRM-RR 114

Atividade Profissional: Farmacêutica-Bioquímica - CRM-RR 114
Atividade Profissional: Farmacêutica-Bioquímica - CRM-RR 245/99

23/03/2019 08:45

(*) Revalidado
Página 1 de 2



| | | | |
|-----------------------------------|-----------------|---------------------------------------|---------------|
| Paciente: João Teodoro Dos Santos | Sexo: Masculino | Nasc: 15/06/1958 | Idade: 61 ANO |
| Coleta: 10009257 | Número Interno: | Solicitante: ELDER SOARES CRM-RR 1828 | |
| Origem: IIC | | Setor: BLOCO 3A | Leito: 323 |
| Data de Emissão: 26/03/2019 21:02 | | Recebimento: 27/03/2019 08:31 | |

Resultado do Exame

Amostra: 1000925704

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO

Metodologia: EIA - Imunocromatografia

TESTE RÁPIDO 01

Resultado

NÃO REAGENTE

Referência

NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO 02

NÃO REAGENTE

SEM REFERENCIA

CONCLUSÃO FINAL

AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA
INFECÇÃO PELO HIV

AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Procedimento técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 2 do Ministério da Saúde de 2013.

Os testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os kits Biodin Tr-Line, com 038 como TR 01 e o kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI003Z como TR 02.

Resultado NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

Valdiléia Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRM/RR 436

Endereço: Rua João Roberto Monteiro, 100 - Fátima - São Paulo - SP - CEP: 05400-000

Endereço: Rua João Roberto Monteiro, 100 - Fátima - São Paulo - SP - CEP: 05400-000

23/03/2019 08:38

(*) Retornado

Página 1 de 1



| | | | |
|--|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Paciente: João Teodoro Dos Santos | Sexo: Masculino | Nasc: 15/06/1958 | Idade: 61 ANO |
| Solicitação: 70009886 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HC | | Ser: BLOOD 3B | Leito: 329 |
| Data de Emissão: 09/05/2019 11:18 | | Recebimento: | |
| Resultado do Exame | | | |
| Ordem: 7000988601 | | | |

DOSAÇÃO DE CREATININA


| | | |
|---|-------------------|-----------------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Metodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino | 0,81 mg/dL | Sem Referência |
| CREATININA | | |

0,155

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 2 horas.

DOSAÇÃO DE URÉIA SÉRICA

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Material: SORO | Resultado | Referência |
| Metodologia: M17 - Cinético Ur (urease) | 45,81 mg/dL | 15,0 - 40,0 mg/dL |
| URÉIA | | |


Marcelo Pinheiro
Farmacêutico/Bioquímico
CRF/AM 1752

Responsável Técnico: Brachyriam Inaba Alencar - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245719

Este é um resultado emitido somente para uso pessoal

29/05/2019 08:45

(*) Retificado
Página 1 de 1



Paciente: **João Teodoro Dos Santos**

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1958

Idade: 61 Anos

Solicitação: 70010089

Número Interno:

Solicitante:

Origem: JIC

Sede: BLOCO 3B

Leito: 329

Data de Emissão: 24/05/2019 20:34

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001008902

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

Resultado

0,95 mg/dL

Referência

0,6 - 1,4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Resultado

77,56 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

GLICOSE BASAL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

Resultado

26,72 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

TGO

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

Resultado

23,36 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

TGP

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

46,42 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

URÉIA

IONOGRAMA

Material: SORO

Métodologia: M23 - Eletrodo Ion Seletivo

Resultado

1,17 mmol/L

Referência

1,17 - 1,32 mmol/L

CÁLCIO IÔNICO

POTÁSSIO

4,17 mmol/L

3,5 - 5,1 mmol/L

SÓDIO

141 mmol/L

135,0 - 145,0 mmol/L

CLORO

98 mmol/L

98,0 - 107,0 mmol/L



ELZENIRA ALVES TEIXEIRA

Farmacêutica/Bioquímica

CRF/RR-526

Responsável Técnico: Rosângela Isabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

28/05/2019 09:45

(*) Realizado

Página 1 de 2



Paciente: **João Teodoro Dos Santos**

Solicitação: 70010089

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1958

Idade: 61 ANO

Origem: HC

Solicitante:

Sector: BLOCO 3B

Lafio: 329

Data de Emissão: 24/05/2019 20:34

Recebimento:

Amostra: 7001008904

Resultado do Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| LEUCOCITOS | $7,35 \times 10^3/\mu\text{L}$ | $4,0 - 10,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ |
| NEUTRÓFILOS | 56,10 % | 50,0 - 70,0 % |
| LINFÓCITOS | 34,60 % | 20,0 - 40,0 % |
| MONÓCITOS | 5,90 % | 3,0 - 12,0 % |
| EOSINÓFILOS | 2,90 % | 0,5 - 5,0 % |
| BASÓFILOS | 0,50 % | 0,0 - 1,0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ERITROCITOS | $4,35 \times 10^6/\mu\text{L}$ | $4,32 - 5,52 \times 10^6/\mu\text{L}$ |
| HEMOGLOBINA | 11,90 g/dL | 13,5 - 18,0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 35,60 % | 40,0 - 50,0 % |
| MCV | 81,90 $\mu\text{g/L}$ | 87,0 - 103,0 $\mu\text{g/L}$ |
| MCH | 27,40 pg | 27,0 - 34,0 pg |
| CHCM | 33,40 g/dL | 32,0 - 37,0 g/dL |
| RDW CV | 13,90 % | 11,0 - 16,0 % |
| RDW SD | 48,00 fL | 35,0 - 56,0 fL |

PLAQUETOGRAMA

| | | |
|-----------|----------------------------------|---|
| PLAQUETAS | $171,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ | $150,0 - 400,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ |
| MPV | 8,10 fL | 6,5 - 12,0 fL |
| ACP | 16,30 | 9,0 - 17,0 |
| PCT | 0,139 % | 1,08 - 2,82 % |

ELZEMIRA ALVES TEIXEIRA

Farmacêutica/Bioquímica

CRF/RN-526

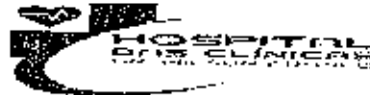
João Teodoro Dos Santos - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RN 245.08

Este documento contém informações confidenciais e deve ser mantido em sigilo.

24/05/2019 08:45

1) Relatado

Página 1 de 2



| | | | |
|--|------------------|------------------|---------------|
| Paciente: João Teodoro Dos Santos | Sexo: Masculino | Nasc: 15/08/1958 | Idade: 61 ANO |
| Solicitação: 70610089 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HC | Sector: BLOCO 3B | Leito: 329 | |
| Data de Emissão: 24/05/2019 20:34 | Recebimento: | | |

Resultado do Exame

Amostra: 7061008901

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Tecnologia: M35 - Automatizado (Deltalyt Plus)

| | Resultado | Referência |
|---|-------------|-----------------|
| TEMPO DE PROTROMBINA | SEM KIT seg | 10.0 - 14.0 seg |
| INR | SEM KIT | 0.8 - 1.2 |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | SEM KIT seg | 25.0 - 39.0 seg |
| APTT | SEM KIT | 0.0 - 1.25 |
| ATIVIDADE DE PROTROMBINA | SEM KIT % | 70.0 - 100.0 % |

Notas

- 1. O laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa de coleta.
- 2. Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



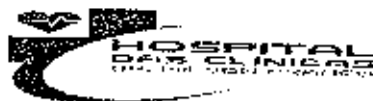
ALTENERA ALVES TEIXEIRA
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR-526

Endereço: Rua do Comércio, s/nº - Luz de Maracá - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Telefone: (16) 3301-1000 - e-mail: contato@hccf.org.br

23-05/2019 08:45

(*) Revisado
Página 1 de 1



Paciente: **João Teodoro Dos Santos**

Sexo: Masculino

Nasc: 15/06/1958

Idade: 61 ANO

Recepção: 70093585

Número Interno:

Solicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 329

Recebimento:

Exame: HEM

Data Emissão: 09/05/2019 11:18

Resultado do Exame

Amostra: 7009358502

HEMOGRAMA COMPLETO

Método: SANGUE TOTAL

Infotologia: I12E - Automatizado (bc-5380)

HEMOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| GLÓBULOS VERMELHOS | $7,18 \times 10^9/\mu\text{L}$ | $4,0 - 10,0 \times 10^9/\mu\text{L}$ |
| GLÓBULOS BRANCOS | 62,10 % | 50,0 - 70,0 % |
| PLAQUETAS | 32,40 % | 20,0 - 40,0 % |
| GLÓBULOS VERMELHOS IMATuros | 3,20 % | 3,0 - 12,0 % |
| GLÓBULOS VERMELHOS IMATuros | 2,10 % | 0,5 - 5,0 % |
| GLÓBULOS VERMELHOS IMATuros | 0,20 % | 0,0 - 1,0 % |

HEMOGRAMA

| | | |
|--------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| GLÓBULOS VERMELHOS | $4,78 \times 10^6/\mu\text{L}$ | $4,32 - 5,52 \times 10^6/\mu\text{L}$ |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 13,10 g/dL | 13,5 - 18,0 g/dL |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 38,70 % | 40,0 - 50,0 % |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 80,90 ug/L | 87,0 - 103,0 ug/L |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 27,40 pg | 27,0 - 34,0 pg |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 33,90 g/dL | 32,0 - 37,0 g/dL |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 13,30 % | 11,0 - 16,0 % |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 45,30 fL | 35,0 - 58,0 fL |

HEMOGRAMA

| | | |
|--------------------|----------------------------------|---|
| GLÓBULOS VERMELHOS | $187,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ | $150,0 - 400,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 8,90 fL | 6,5 - 12,0 fL |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 16,40 | 9,0 - 17,0 |
| GLÓBULOS VERMELHOS | 0,166 % | 1,08 - 2,82 % |

Gabriela C. Duarte
Farmacêutica-Bioquímica
CRF/RJ 114

Prescrição e Análise: Gabriela C. Duarte - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RJ 245.001
Assinatura: Gabriela C. Duarte

29/05/2019 08:45

(*) Retificado
Página 1 de 2



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 23/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | San |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | Montar |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspenso |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | San |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | San |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | San |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | San |
| 10 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | | Ratino |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | San |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | San |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 24.06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20.06 |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|--------|----|----|--------|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| 6 H | 120/70 | 78 | 20 | 36,6 | |
| 12 H | 120/80 | 87 | 19 | 36,5°C | + |
| 18 H | 130/90 | 77 | 19 | 36,0 | |
| 24 H | 130/80 | 66 | 20 | 36,3 | + |

DEXTRO

14HS → 203 mg
22h → 137 mg
06h 103 mg/dl

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | NOTIFICAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|--|---|--------------------------------------|------------------------------|
| MANHÃ: | DATA: 23/01/2014 HORA: 08:00 | MANHÃ: | DATA: 23/01/2014 HORA: 08:00 |
| <p>Doente acordou, recebeu o 1º banho e foi encaminhado para o quarto. O 1º AVC. Estado, hidratação bem, sem náuseas, vômitos, com a consciência bem, com a fisiologia normal.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA: / / HORA: :</p> | <p>Doente em repouso, com 1º banho e foi encaminhado para o quarto. O 1º AVC. Estado, hidratação bem, sem náuseas, vômitos, com a consciência bem, com a fisiologia normal.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: 16:00 DATA: / / HORA: :</p> | | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>NOTA: DATA: / / HORA: :</p> | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>NOTA: DATA: / / HORA: :</p> | | |

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

MARIA APARECIDA V. SANTOS
GOBEN 519.762
Téc. em Enfermagem



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-----|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | 329 | DATA | 24/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | 5m |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manhã |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 06h |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Ratma |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 13h 28.06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 20h |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1328/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|----------------------|--------|----|----|--------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | 36.4°C | | |
| 6 H | 120x86 | 92 | 19 | 36.4°C | | |
| 12 H | 100x70 | 95 | 19 | 37 | + | + |
| 18 H | 120/80 | 84 | 19 | 36° | + | + |
| 24 H | 110x84 | 80 | 22 | 36.4°C | + | + |

14h Dextro 18.75mg

14h Dextro 18.75mg
06h 132mg/dl

Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

NOME: Sofia Judson dos Santos HD _____
DATA: 24/01/19 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____
• ALÉRGICO ? _____

| EXAME FÍSICO DO PACIENTE | | | |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|------|
| CONTROLE DE CATETERES E SONDAS | | | |
| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL, SIM () NÃO (X) | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA, SIM () NÃO (X) | DATA: _____ | | |
| SONDA NASOENTERAL, SIM () NÃO (X) | DATA: _____ | | |
| DERMOTÓM, SIM () NÃO () | QUAL? | DATA: _____ | |
| DEPENDENTE OU NÃO? _____ | | | |

| LESIONES | |
|----------|--|
| | |
| | |
| | |

| DIAGNÓSTICO | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |
|--|-------------------------------------|
| () RISCO DE INFECÇÃO | () MANTER VIAS AERÉAS PERVIAS |
| () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | () REALIZAR CUIDADOS COM VAS |
| () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE |
| () TROCA GASOSA PREJUDICADA | () MANTER MONITORIZAÇÃO |
| () ANSIEDADE | () MANTER CABECEIRA ELEVADA |
| () MEDO | () ASPIRAR VAS /TQT |
| () ENFRENTAMENTO INEFICAZ | () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA |
| | () MANUTER PARA QUEIXAS ALGICAS |

| | |
|--|--|
| 1. FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III () | () RISCO PARA NUTRIÇÃO
DSEQUILIBRADA
X MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA |
| CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA | X MANTER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSSO PERIFÉRICA
X MANTER ACESSOS VENOSOS PERÍCIOS |

| | | |
|---|--|--|
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO | () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ M |
| PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA | () DESOSTRUTURAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES. |
| ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA | () FADIGA | () REGISTRAR E REGISTRAR EDEMAS |
| VIAS AÉREAS SUPERIORES: () LERVIAS () OBTURADAS | () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SAUGEM |
| OBS: () FAVORÁVEL () PRECÁRIA | | |

| | |
|--|--|
| <p>TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO</p> <p>EXPANSÃO: () SIMETRICO () ASSIMETRICO</p> <p>DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO</p> <p>FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO</p> <p>MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES</p> <p>RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS</p> <p>CIRCULAÇÃO/ COR DA PLETEMUCOSAS:</p> | <p>ABRILCO PARA QUEDAS</p> <p>() RISCO PARA LESÃO</p> <p>() AUTO DESTIMIA PERTURBADA</p> <p>() DIARREIA</p> <p>() CONSTIPAÇÃO</p> <p>() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</p> |
| <p>DIETÉTICA</p> <p>() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL</p> <p>() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA</p> <p>() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H</p> <p>() REALIZAR DEXTRO _____ HORAS</p> <p>NÃO MANEJAR AO PÁVULO DE AÇÃO</p> | |

| | |
|--|---|
| () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÍDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR | () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO |
| () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÍDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA
APARELHO CARDIOVASCULAR | () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO |

| | | |
|---|--|---|
| RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERIÚSO PERIFÉRICO: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____
FREQUÊNCIA: _____ | () DOR
() HIPOTENSÃO
() HIERTERMIA
() INTENSIDADE DA PÉLE PRELINDICADA
() PAISÃO DO SÓMO PRELINDICADO | () PREPARAR PARA EXAMES EM...
() REALIZAR HIGIENE DE CONSCIENTO
() ESTIMULAR DEAMBULACÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA |
|---|--|---|

[illegible]

| DIAGNÓSTICO | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
<input checked="" type="checkbox"/> TRÓCA GASOSA PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE
<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> ENFRENTAMENTO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> RISCO PARA NUTRIÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Desequilibrada
<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
<input type="checkbox"/> Destruição Ineficaz de vias aéreas
<input type="checkbox"/> Fadiga
<input type="checkbox"/> Intolerância a atividade
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA Quedas
<input type="checkbox"/> RISCO PARA LESÃO
<input type="checkbox"/> Autostima perturbada
<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> RISCO PARA Constipação
<input type="checkbox"/> Deficit do auto cuidado
<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco para bronco aspiração
<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada
<input type="checkbox"/> Mudança do sono prejudicado
<input type="checkbox"/> Segurança prejudicada
<input type="checkbox"/> Conhecimento prejudicado
<input type="checkbox"/> Eficácia limitada do tratamento | <input type="checkbox"/> Manter vias aéreas pervias
<input type="checkbox"/> Realizar cuidados com vias
<input checked="" type="checkbox"/> Verificar sinais vitais de <u>26</u> h
<input type="checkbox"/> Manter monitorização
<input type="checkbox"/> Manter cabeça elevada ____
<input type="checkbox"/> Aspirar via /TOT ____
<input type="checkbox"/> Verificar níveis de consciência
<input checked="" type="checkbox"/> Tentar para queixas álgicas
<input checked="" type="checkbox"/> Manter para queixas e vômitos
<input checked="" type="checkbox"/> Observar perúsação periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Manter acessos venosos pérvios
<input type="checkbox"/> Realizar controle hídrico de ____ h
<input type="checkbox"/> Observar, comunicar e registrar eliminações.
<input checked="" type="checkbox"/> Verificar e registrar edemas
<input type="checkbox"/> Avaliar resíduo gástrico antes da sagem
<input type="checkbox"/> Verificar distensão abdominal
<input type="checkbox"/> Estimular e registrar aceitação da dieta
<input type="checkbox"/> Manter jejum a partir das ____ h
<input type="checkbox"/> Realizar dextro ____ / ____ horas
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de aspersão
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar autocuidado
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito
<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúto ____ / ____ h
<input type="checkbox"/> Realizar curativo diário
<input type="checkbox"/> Preparar para exames em ____
<input type="checkbox"/> Realizar higiene de conforto
<input type="checkbox"/> Estimular deambulação
<input type="checkbox"/> Observar e registrar intolerância a atividade física
<input type="checkbox"/> Cuidos |



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

HC

329

| | | | | | |
|---|--|------------|-----|------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | | NEGA | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | | LEITO | | 329 | DATA |
| ITEM | | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monter |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/8H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Ratino |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | M. |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 34 28 06 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 200 |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elzer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|--------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | + | 0 |
| 6 H | 124x78 | 68 | 18 | 30°C | + | + |
| 12 H | 120x80 | 76 | 17 | 36.7°C | + | + |
| 18 H | 142x80 | 78 | 18 | 36 | + | + |
| 24 H | 104x76 | 79 | 19 | 36° | + | + |

Leodina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

Destro 22 → 124 mg/dL
06 → 75 mg/dL

Leodina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

16.6 14 mg/dL

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: SONIA DE OLIVEIRA DOS SANTOS

HD

DATA: 25/04/83 SEXO: (M) F IDADE: _____

PESO: _____ KG.

LEITO: 329

• ALÉRGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO (X) | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL SIM () NÃO (X) | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO () | | | |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X) | | | |
| DRENOS: SIM () NÃO (X) | | | |

LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL (X) PRAZÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚRMIDOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: (X) AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS

ACIDIMETRIA: (X) UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABOCAME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () UMG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ PRECÍDIO: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/ DUREZA

TESTÍCULOS: () ESTIMULADA () CISTITE/ OMIA () SVD () IMPIDA () CONCEPÇÃO


DIAGNÓSTICO

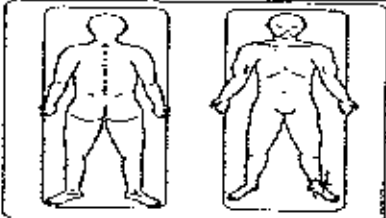
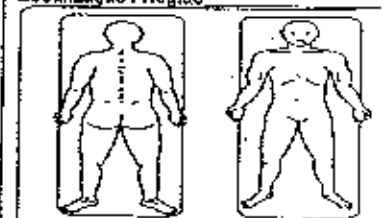
() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESDEQUILIBRADA
() INCAPACIDADE DE MANUTER TÔNUS DE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEIMAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VIAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() MANUTER PARA QUEIMAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSSÃO PERIFÉRICA
() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE MIDRICO DE _____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|--|---|----------------------------------|-------------|
| MANHÃ: | DATA / HORA | MANHÃ: | DATA / HORA |
| <p>Resposta satisfatória, bem-humorado, objetivo, bem-humorado. Sem alterações físicas, mentais, emocionais. Sem alterações fisiológicas, normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | <p>Resposta satisfatória, bem-humorado, objetivo, bem-humorado. Sem alterações físicas, mentais, emocionais. Sem alterações fisiológicas, normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | | |
| <p>Resposta satisfatória, bem-humorado, objetivo, bem-humorado. Sem alterações físicas, mentais, emocionais. Sem alterações fisiológicas, normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | <p>Resposta satisfatória, bem-humorado, objetivo, bem-humorado. Sem alterações físicas, mentais, emocionais. Sem alterações fisiológicas, normais.</p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / HORA</p> | | |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|-----------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão:06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| Nome: João Teodoro dos Santos | | | | |
| DATA: 25/04/19 | Localização / Região | | DATA: | Localização / Região |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II |  | | <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II |  |
| Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> ocular: | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> ocular: | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | |
| Quantidade do Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | |
| Odor: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Condição da pele Perilesional: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs | 26/04/19 | | | |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | 01- Valdo | 02- | 01- | 02- |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | | |
| OBS: | | OBS: | | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com II ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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

HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE LEITO 329 DATA 26/4/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

- 1 DIETA ORAL PARA DM E HAS
- 2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
- 3 CEFEPIME 1G EV 8/8H
- 4 TILATIL 20MG EV 12/12H
- 5 DAPIRONA 1G EV 6/6H SN
- 6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA
- 7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)
- 8 OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM
- 9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)
- 10 SSVV + CCGG 6/6 H
- 12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG
- 14 CURATIVO DIÁRIO
- 16 DEXTRO 8/8HS
- 18 AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

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


EVOLUÇÃO MÉDICA:

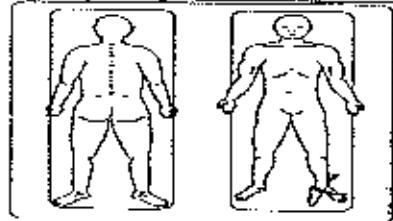
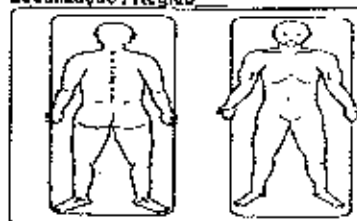
PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1821/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 117/74 | 79 | 16 | - | + | - |
| 12 H | 120/74 | 77 | 18 | 36.9 | + | + |
| 18 H | 120/80 | 87 | 17 | 36.6 | + | - |
| 24 H | 118/80 | 80 | 18 | - | + | + |

16h Dextro 1.23 mg/dl
20h Dextro 1.09 mg/dl

| | | | | |
|---|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | | |
|--|--|------|--|---|
| Nome: João Teodoro das Santos | | | | |
| DATA: 26/04/19 | Localização / Região | | DATA: | Localização / Região |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II |  | | <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II |  |
| Etologia | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato: | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Periférica: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca:
(in caso de + de 24hs) | 27/04/19 | | | |
| Carimbo e ass.
ficc. em Enfermagem | 01- Valdo | 02- | 01- | 02- |
| Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro | | | | |
| OBS: | | OBS: | | |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

NOME: João Roberto da Silva

HD

DATA: 26/04/95 SEXO: M IDADE: 39

PESO: 70 KG.

LEITO: 303

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | | |



SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: 26/04/95

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO

ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICA () ANISOCÓRICA () MADRILÁTICA

PUPILAS: IGUAIS () DESIGUAIS () ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA VÍAS AERIAS SUPERIORES: PERVAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: FAVORÁVEL () PRECÁRIA

OBSC.: RESPIRATÓRIO

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: AUSENTE () PRESENTE TOSSE: TRÁZ AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS:

MOEDRADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

CIANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: NORMOTÉRMICA () HIPOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA ()

APARELHO CARDIOVASCULAR:

RITMO CARDÍACO: REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: NÓ NORMAL () DIMINUIDA

LESÕES

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESOBTURACÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGRADACÃO PREJUDICADA

DIAGNÓSTICO

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 60 h

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 h

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS 14 h

() REALIZAR DEXTRO 1 h

() REALIZAR BANHO AO BANHO DE ASPERSSÃO

() REALIZAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 h

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: 2 h

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 60 h

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERVOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE 2 h

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEIUM A PARTIR DAS 14 h

() REALIZAR DEXTRO 1 h

() REALIZAR BANHO AO BANHO DE ASPERSSÃO

() REALIZAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO 2 h

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: 2 h

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

[illegible]



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

HC

*Elaine da
Thais Oliveira de Almeida
Enfermeira
CON-RR 32330 ENF
22/02/19*

| | | | | | |
|---|--|------------|-----|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | | |
| ALERGIAS | | NEGA | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 27/4/2019 |
| ITEM | | PRESCRIÇÃO | | | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | HORÁRIO |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | SNM |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspense |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 8/8H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | 96 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSV+ CC6G 6/6 H | | | | Ratina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 13/22/96 |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 20-96 |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. FUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1328/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|--------|----|----|--------|------|
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| 6 H | 137/85 | 74 | 20 | 36.2 | 18 + |
| 12 H | 120/80 | 81 | 19 | 36.8°C | |
| 18 H | 140/80 | 80 | 20 | 36.5 | + + |
| 24 H | 140/80 | 80 | 20 | 36.2°C | + + |

05/22

com dor no 71 mg/dl

06 Dextro 192 mg/dl

Dextro 170 mg/dl

com dor no 28 mg/dl Relação com o

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: JOÃO CARLOS

HD

DATA: 27/07/1987

SEXO: DM () F () M

PESO

KG

LEITO 323

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATER | SIM () | NÃO () | LOCAL | DATA |
|--------------------|---------|---------|-------|------|
| CATER CENTRAL | | | | |
| CATER PERIFÉRICO | | | | |
| SONDA VESICAL | | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA | | | | |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES: _____

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____

CABEÇA: PESCOÇO / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTIVOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CLAMÓTICA () ACANÓTICA () JACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

TERAPEÚTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA Quedas

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

() OUTROS:

| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|---|---|---|---|
| MANHÃ: | DATA: / / HORA: | MANHÃ: | DATA: / / HORA: |
| <p>08:30 Realizada a rotina em FIC</p> <p>Sinal vital - pressão de</p> <p>arterial em 120/80.</p> <p>Ass. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COENFERM 22350 ENF</p> | <p>08:30 Realizada a rotina em FIC</p> <p>Sinal vital - pressão de</p> <p>arterial em 120/80.</p> <p>Ass. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COENFERM 22350 ENF</p> | <p>Observado no leito a ocorrência de</p> <p>hemorragia. Foi realizada curativo em</p> <p>ME com 500gr. e observada a presença</p> <p>de sangue na urina.</p> <p>Ass. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>Técnico de Enfermagem</p> <p>COENFERM 66255-TE</p> | <p>Observado no leito a ocorrência de</p> <p>hemorragia. Foi realizada curativo em</p> <p>ME com 500gr. e observada a presença</p> <p>de sangue na urina.</p> <p>Ass. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>Técnico de Enfermagem</p> <p>COENFERM 66255-TE</p> |
| <p>TARDE:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COENFERM 22350 ENF</p> | <p>TARDE:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COENFERM 22350 ENF</p> | <p>TARDE:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>Técnico de Enfermagem</p> <p>COENFERM 66255-TE</p> | <p>TARDE:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>Técnico de Enfermagem</p> <p>COENFERM 66255-TE</p> |
| <p>NOTA:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COENFERM 22350 ENF</p> | <p>NOTA:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>Enfermeiro</p> <p>COENFERM 22350 ENF</p> | <p>NOTA:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>Técnico de Enfermagem</p> <p>COENFERM 66255-TE</p> | <p>NOTA:</p> <p>DATA: / / HORA:</p> <p>Ass. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>Técnico de Enfermagem</p> <p>COENFERM 66255-TE</p> |



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-----|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | 329 | DATA | 28/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SNB |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | Manten |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspensão |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | OF |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | 14-M |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 14-08-06 |
| 17 | | | | | 20 |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

14:15 - Dextro -> 112 mg/dl

| | PA | FC | FR | TEMP |
|---------------|--------|----|----|--------|
| SINAIS VITAIS | | | | |
| 6 H | 116/80 | 71 | 19 | 35.7°C |
| 12 H | 130/80 | 79 | 16 | - |
| 18 H | 135/90 | 75 | 18 | 36.4°C |
| 24 H | 112/81 | 73 | 19 | 36.4°C |

| D | E |
|---|---|
| + | - |
| + | - |
| + | - |

245 mg/dl

Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

06:00h dextro 115 mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Paulo Roberto dos Santos

DATA: 28/04/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

329

HD

* ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|-------------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | | DATA: _____ |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | | DATA: _____ |
| SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () | | | DATA: _____ |
| DRENO? SIM () NÃO () | | | QUAL? _____ |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilíbrio
- () ANDUBUO DE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBRSTUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DESLUTÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () CEBELO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
- () MANUTER MONITORIZAÇÃO
- () MANUTER CABECEIRA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VIAS /TQT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍCAS
- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
- () OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANUTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
- () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
- () OUTROS:

IDENTIFIQUE SINAIS/LESÕES:

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III
- CABEÇA: PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA
- NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS
- HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
- MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES
- TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS
- CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
- () HIDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CLAMÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____
- FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
- ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRICO () DESNUTRICO
- ABDOMEN: () FLEXÍVEL () DISTENDIDO () TÊNDO () AGUDO () VASO PALPÁVEL
- ELIMINAÇÕES/INTESTINOS/FEJES/DIFÍCIS:
- () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () OUTROS

APARELHO GINECOLÓGICO/PROLAPSO

- () NORMAL () OUTROS

| EVOLUÇÃO DO PACIENTE | | ANTICIPAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
|-------------------------------------|---------------|---|---------------|
| MANHÃ: | DATA / / HORA | MANHÃ: | DATA / / HORA |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | <p>205 no letto, recebendo curativos e
verificação SVP para as curatelas</p> <p><i>Ass. E Carimbo - Técnico em Enfermagem</i>
 <i>COELHO</i>
 <i>20/08/2012</i></p> <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | |
| <p>TARDE:</p> <p>DATA / / HORA</p> | | <p>TARDE:</p> <p>DATA / / HORA</p> | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | |
| <p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> | | <p>NOITE:</p> <p>DATA / / HORA</p> | |
| <p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> | | <p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> | |

Paciente no leito com curativos
recebendo medicação de heparina
administrando 200mg SVP de 12 em 12h
22h medicação 245mgid! no meio da
do curativos para curar as lesões
eferências dando 0600h SVP de 12 em 12h
medicação de heparina medicação 0600h
data 11/08/12

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

COELHO
20/08/2012



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro

| DATA: | Localização / Região | DATA: | Localização / Região |
|---|---|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | | <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo | |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Perilesional: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE
<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE
<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> Outro: | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs | | | |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | 01- | 02- | 01-
02- |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | |
| OBS: | ferida limpa e seca
sem dor. | | OBS: |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.



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

HC

329

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|-----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 29/4/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | monter |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | suspenso |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | SUSPENSO |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRÁZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rolima |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SN |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | SN |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | SN |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSO OU DIARREIA. FUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1823/RR

DEXTRO

| | PA | FC | FR | TEMP | D | E |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 140/80 | 83 | 20 | 36,8 | + | + |
| 12 H | 90/60 | 64 | 17 | 36,8 | + | + |
| 18 H | 130/80 | 77 | 18 | 36,6 | + | + |
| 24 H | 130/73 | 89 | 18 | 36,6 | + | + |

139 mg/dL

90 mg/dL

313 mg/dL



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

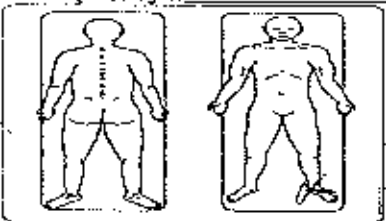
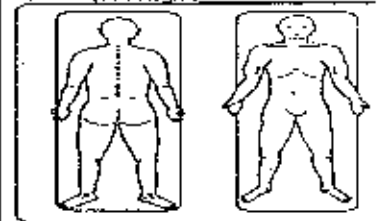
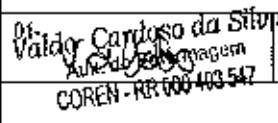
Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 329

Nome: João Teodoro dos Santos

| DATA: 23/04/19 | Localização / Região | DATA: | Localização / Região |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II |  | <input type="checkbox"/> GRAU - I
<input type="checkbox"/> GRAU - II |  |
| Defecou: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | |
| Quantidade do Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato: | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | |
| Deor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Perilesional: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Cobertura primária
(Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Hidrocolóide | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Dura do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca;
Em caso de + de 24hs | | | |
| Carimbo e ass.
do em Enfermagem |  | 01- | 02- |
| Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro | | | |
| OBS: | | OBS: | |

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Sônia Roberto dos Santos ID: 329

DATA: 28/04/13 SEXO: FM IDADE: 32 PESO: 32 KG. LETO: 32

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATETER CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|--------------------|-----------------|-------|------|
| CATETER PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA NASOGÁSTRICA | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA NASOENTERAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| DRENOS | SIM () NÃO () | QUAL? | DATA |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES:

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I GRAU II GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEMI-CONSCIENTE () SEQUEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REGENTE () NÃO REGENTE () BOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICAS

ACUIDADE VISUAL: NORMAL () DIMINUIDA ACUIDADE AUDITIVA: NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: PERVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORAVEL RAZÓVEL () PRECÁRIA

OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: VELOCIDADE () BRADIPNEICO () DISPNEICO

MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: KAUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/NUCLOSAS:

ARTRITIDE: () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CANOTICA () ACANOTICA () ACROCIANOTICA

TEMPERATURA DA PELE: NOTERMINICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMAL () TACICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () INSUFICIENTE () DESNUTRIDO

RUÍDOS: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () TENSÃO () DUREZA () VAGUEZ

DEFECUAÇÕES: () NORMAIS () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () HEMORRÓIDAS

AVANÇO GASTROINTESTINAL

AVANÇO GASTROINTESTINAL

AVANÇO GASTROINTESTINAL

AVANÇO GASTROINTESTINAL

AVANÇO GASTROINTESTINAL



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

HC

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOÃO TEODORO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

ALERGIAS NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

329

DATA

30/4/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL PARA DM E HAS

SNIP

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

monter

3

CEFEPIME 1G EV 8/8H

suspensão

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

SUSPENSO

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

SN

6

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA

SN

7

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

SN

8

OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM

SN

9

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

SN

10

SSV + CCGG 6/6 H

SN

12

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

SN

14

CURATIVO DIÁRIO

15

DEXTRO 8/8HS

16

AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARREIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

PA FC FR TEMP

SINAIS VITAIS

6 H

123/79

84

20

36°C

+

0

12 H

140/70

91

19

37.1°C

+

-

18 H

140/90

73

19

36.2°C

+

0

24 H

145/81

70

20

36°C

+

0

D E DEXTRO

199 mg/dl

=> 124 h

95 mg/dl

200 mg/dl

Palmas

Obtido de
Téc. em E.A.
Carmen R. L.



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

HC

| | | | | | |
|------------------|--|-------|------|------|--------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JOÃO TEODORO DOS SANTOS | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 329 | DATA | 1/5/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | |
| 1 | DIETA ORAL PARA DM E HAS | | | | HORÁRIO |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | SND |
| 3 | CEFEPIME 1G EV 8/8H | | | | manhã |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | suspense |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | SUSPENSO |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ EM JEJUM | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | Rotina |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | DEXTRO 8/8HS | | | | manhã |
| 16 | AMITRIPTILINA 25MG VO À NOITE | | | | 22h 24mg/dl |
| 17 | | | | | 24h 184mg/dl |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS. ACEITANDO BEM A DIETA ORAL OFERECIDA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. NEGA QUEIXAS ÁLGICAS, FEBRE, TOSSE OU DIARRÉIA. EUPNEICO, LOTE, BEG. AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
011-1828/RR

| | PA | FC | FR | TEMP | E | D |
|---------------|--------|----|----|------|---|---|
| SINAIS VITAIS | | | | | | |
| 6 H | 120/60 | 69 | 20 | 36 | - | |
| 12 H | 120/70 | 73 | 19 | 36.6 | + | |
| 18 H | 120/70 | 72 | 19 | 36.5 | - | |
| 24 H | 120/80 | 74 | 19 | 36.5 | - | |

24h - 251

14h 184mg/dl

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE: _____

PESO: _____

KG.

LEITO: _____

HO: _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

| CATERE/CENTRAL | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
|-------------------------------------|-----------------|-------|-------|
| CATERE PERIFÉRICO | SIM () NÃO () | LOCAL | DATA |
| SONDA VESICAL: SIM () NÃO () | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () | | DATA: | DATA: |
| SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () | | DATA: | DATA: |
| DRENOS: SIM () NÃO () | | QUAL? | |



LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() Desequilíbrio

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEIMAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGRADATION PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

() OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CABECEIRA ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H

() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO

() ORIENTAR AUTO CUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LETO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: ____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() OUTROS: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMS PALPÁVEL

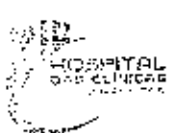
ELIMINAÇÃO: () NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

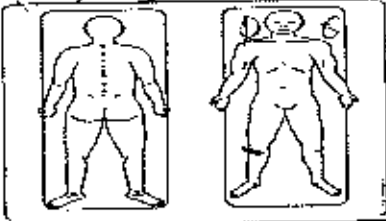
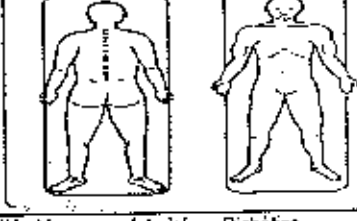
APARELHO GENITURINÁRIO/OUTROS:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LITÍASIS () CONCENTRADA

() HEMATURIA () CRISTALÚRIA () URINOTÉRIA () PRUITÍLIA () TRICÍLIA () LITÍASIS () LITÍASIS

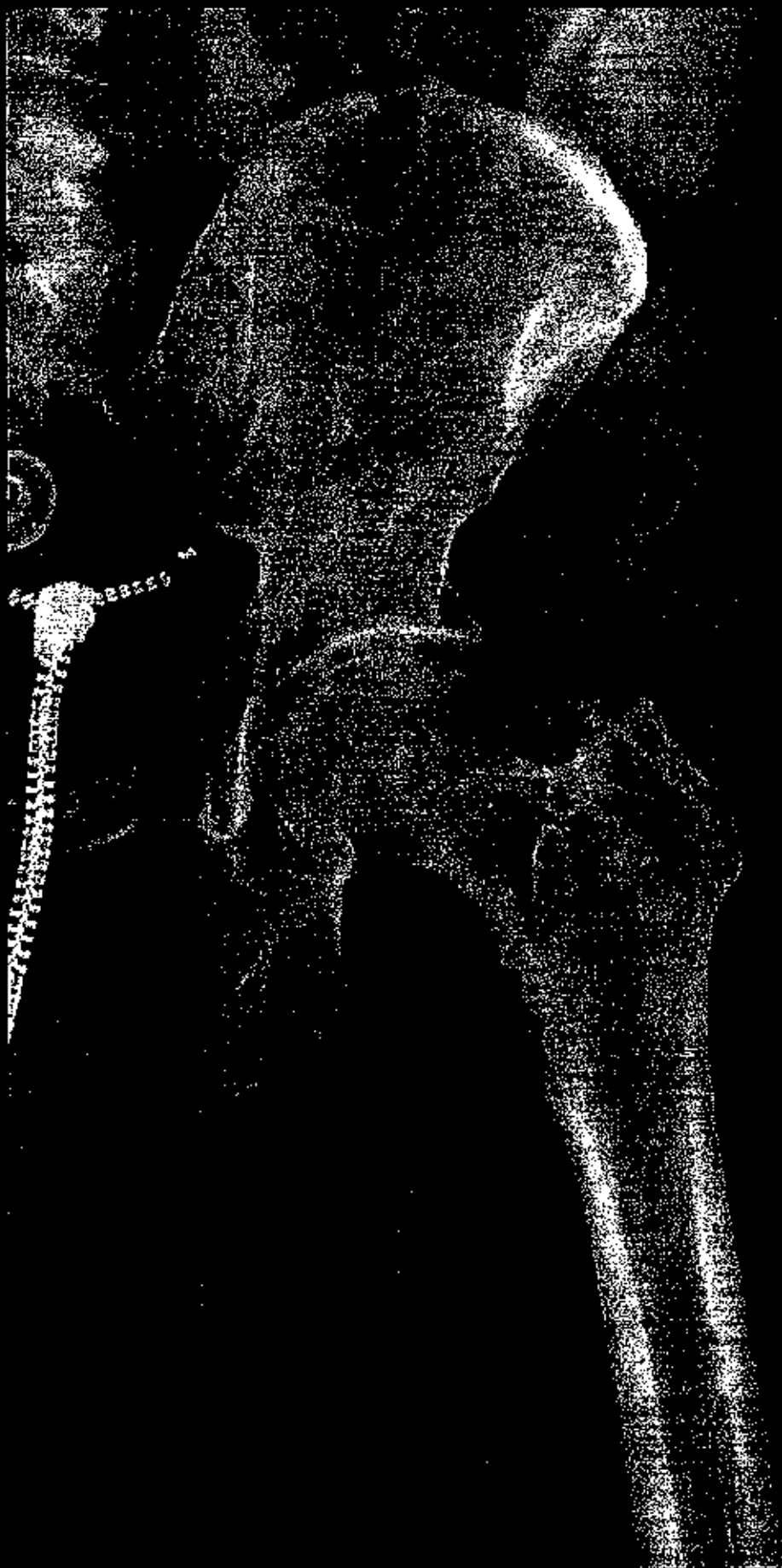
| EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO | | | ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM | | |
|------------------------------|------|------|---|------|------|
| MANHÃ: | DATA | HORA | MANHÃ: | DATA | HORA |
| | | | <p>Paciente em repouso no leito e febre reduzida para 36,1°C.</p> | | |
| | | | <p><i>[Assinatura]</i></p> | | |
| ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: | | | ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: | | |
| TARDE: | DATA | HORA | TARDE: | DATA | HORA |
| | | | <p>Paciente em repouso no leito e febre reduzida para 36,1°C.</p> | | |
| | | | <p><i>[Assinatura]</i></p> | | |
| ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: | | | ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: | | |
| NOITE: | DATA | HORA | NOITE: | DATA | HORA |
| | | | <p>Paciente em repouso no leito e febre reduzida para 36,1°C.</p> | | |
| | | | <p><i>[Assinatura]</i></p> | | |
| ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: | | | ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: | | |
| | | | <p>Paciente em repouso no leito e febre reduzida para 36,1°C.</p> | | |
| | | | <p><i>[Assinatura]</i></p> | | |
| ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: | | | ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: | | |

| | | | | |
|--|---|----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de Elaboração:
Fevereiro 2013 |
| | | Atualizada: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENF/LEITO: 329 | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nome: <u>Serena Leandra do Santos</u> | | | |
| DATA: _____
GRAU - I
GRAU - II | Localização / Região
 | DATA: _____
GRAU - I
GRAU - II | Localização / Região
 |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética
<input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm | Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm |
| Apresentação do Leito: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico | Apresentação do Leito: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo
<input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco
<input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo | Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo |
| Odor | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Odor | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Cor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | Cor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito
<input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele lesional: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | Condição da pele lesional: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Ação para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Ação para limpeza | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%
<input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária (contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Cobertura primária (contato direto na lesão) | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase
<input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Tempo do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | Tempo do curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca: | | Data da Próxima troca: | |
| Prévio de + de 24hs | | Prévio de + de 24hs | |
| Assinatura e ass. do Enfermeiro | 01- <u>[Assinatura]</u>
02- <u>[Assinatura]</u> | Assinatura e ass. do Enfermeiro | 01- <u>[Assinatura]</u>
02- <u>[Assinatura]</u> |
| Assinatura e Assinatura do Enfermeiro | | Assinatura e Assinatura do Enfermeiro | |
| OBS: | OBS: | | |

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

15/11/2019 13:50:58



JOAO TEODORO DOS SANTOS

15/11/2019 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE BORATMA

UN 15/11/2019 13:50:58

15/11/2019



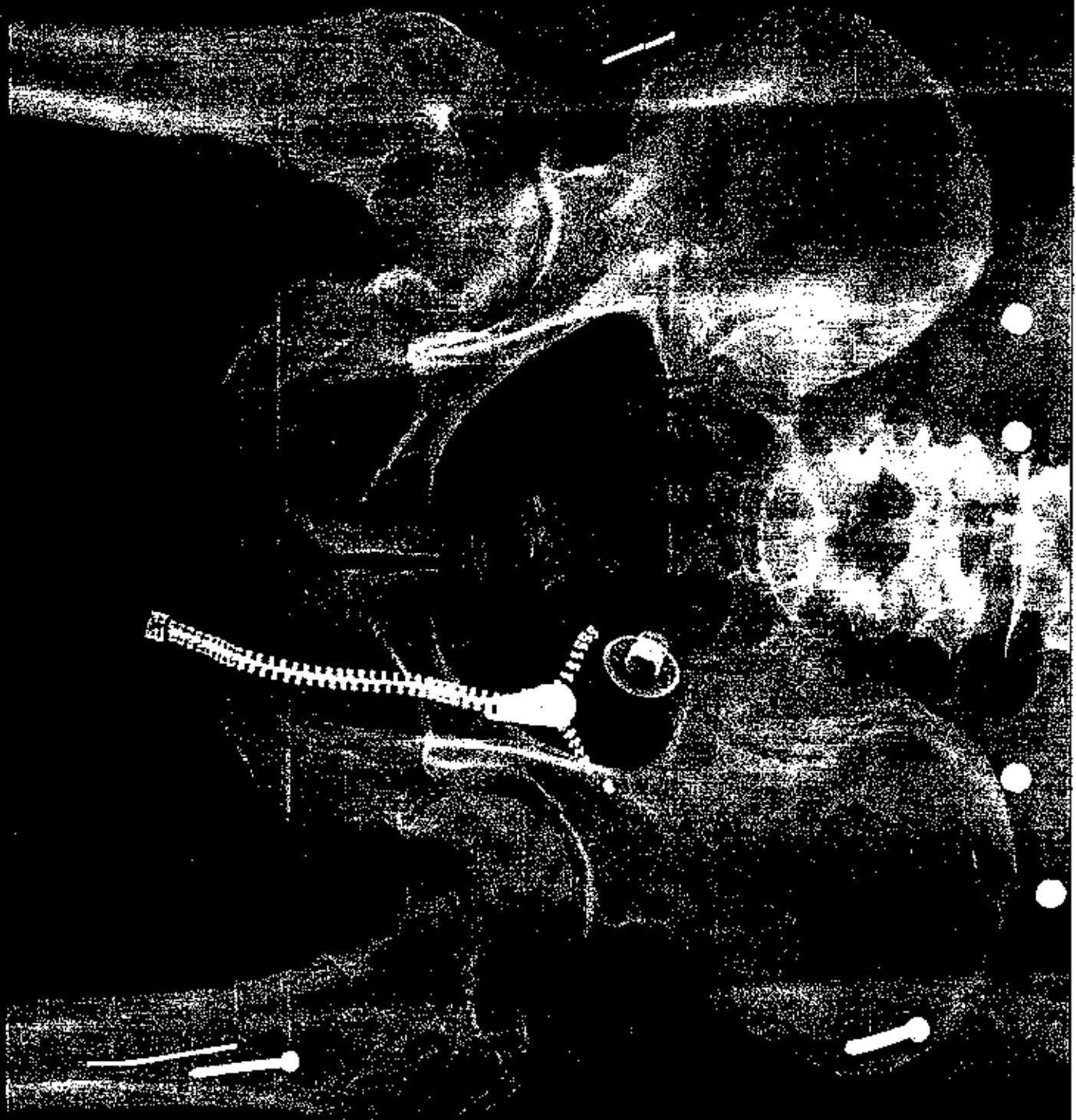
E



JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE BORATMA

D



.JOAO TEODORO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

19/01/2015 14:54:24

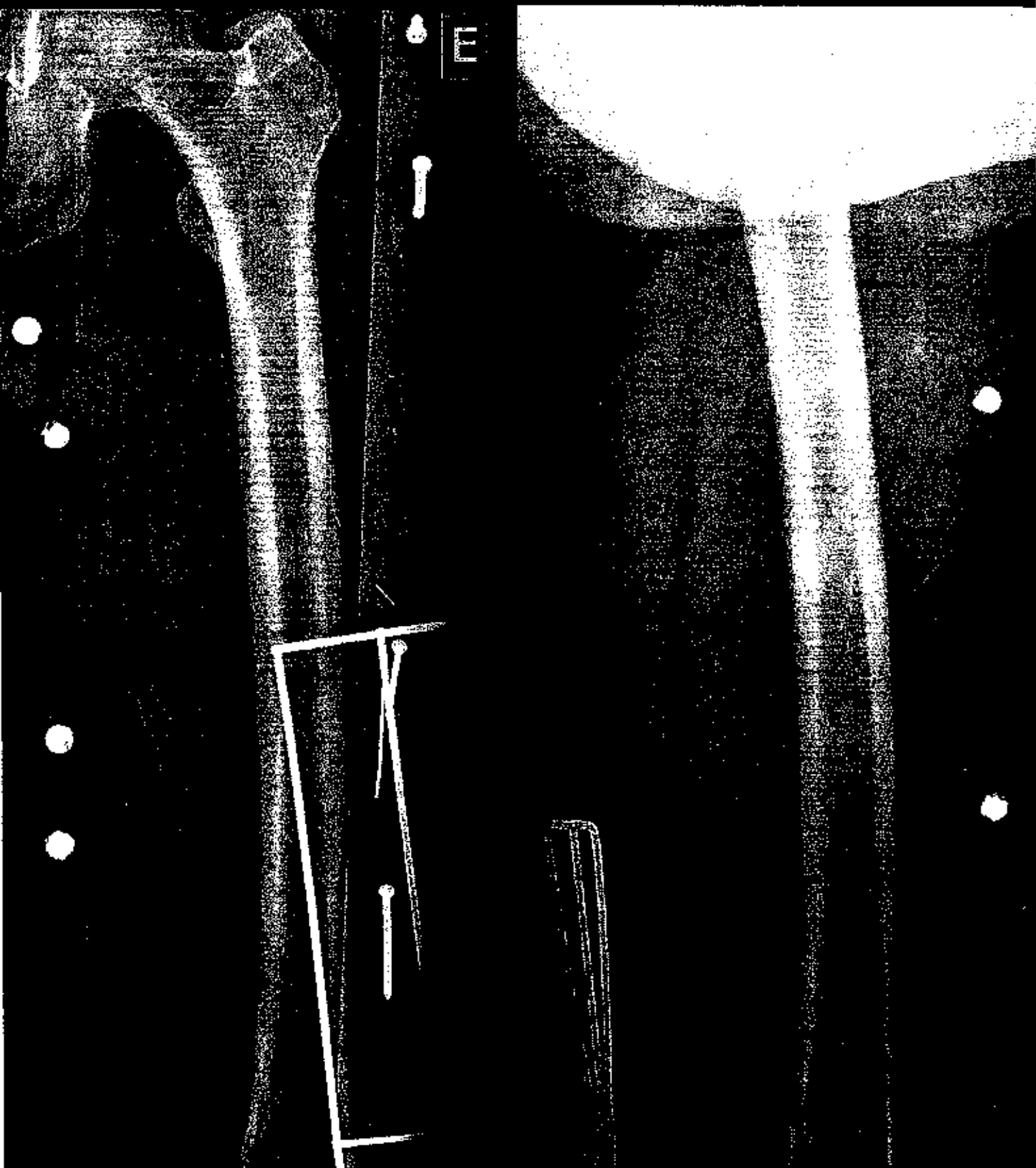
15/11/2015 14:54:24

E

JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA ED. ROSANGELA



JOAO TEODORO DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ED. ROSANGELA

III

03%

JOAO TEODORO

15/12/2019 14:54:24

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. WESLEY FID. ROSA VIEIRA

71.2%

5/1/2019 14:54:24



E

E



JOAO TEODORO DOS SANTOS

15/11/2019 13:50:58

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS SOUZA/ED. ROSANGELA 78.0 %



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RECEITUÁRIO

Nome: JOSE TEODORO DOS SANTOS

Laudo Médico

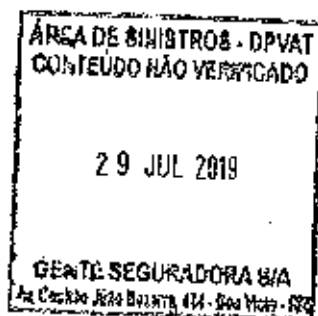
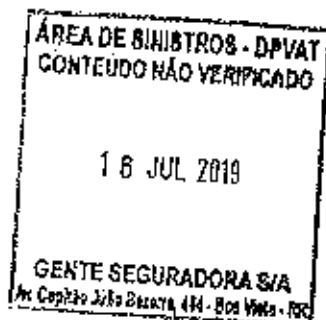
paciente afimado de TAC (E)
no Alvarado para procedimento
cirúrgico. no momento em
possibilidade de realizar
sua própria atividade

28/05/19

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

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO





GOV. DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DO PIAZINHO
COORDENADORIA GERAL DE ATENDIMENTO ESPECIAL
SEGURANÇA DO TRABALHO

João dos Santos

PROCURADOR

laudo

Fratura torçã (E), fratura 5ª metacarpiana, indicado tratamento cirúrgico, porém procedimento não realizado e evolui com consolidação visível, bloqueio articular. Lesão Remanente.

Nº: 582.3 -

DATA 3.7.09

Dr. Dalson Feitosa

Ortopedia Traumatologia

CRM-RJ 1120

Assinatura do Médico

ÁREA DE SINISTROS - DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
CENTE SEGURADORA S/A
Av. Cayula Jrs. Dalmeida, 434 - São João - RJ

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua General Passos, 400 - Centro - São João del-Rei - MG
CEP: 36.201-100 - FONE: (31) 3241.0000

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURO S/A
Av. Capitão João Baccaro, 444 - Boa Vista - RSC

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - ROR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzetta, 484 - Boa Vista - RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polgar Direito

Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO **VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE **VARGEM GRANDE - MA**

DATA DE NASCIMENTO **15/09/1968**

CPF **475.628.463-91**

CERTIDÃO NASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

AMADEU ROCHA TRIANI
Assessor Social

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE EXPIRAÇÃO **28/01/2016**

P 7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RPO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RSC

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

357035-5

DATA DE
EXPEDIÇÃO

28/01/2016

NOME

RAIMUNDO MONATO SILVA

FILIAÇÃO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

CPF

475.628.463-91

CERT. NASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

ASSINATURA DO TITULAR
ANADREU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

3 VIA

P 7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RSC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEJO CRUZ



Polgar Direito



Raimundo Monato Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013161156225

VIA 01 CDP-RENAVAM 00902383167 R.N.T.C. EXERCÍCIO 2018

JOAO TEODORO DOS SANTOS

187.682.291-00

PLACA NAS6470

PLACA ANT. RR 9C2JA04207R023396

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO AFID. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2006 ANO MOD 2007

CAP. POT. CIL 2P/0124CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *ISENTO*

VENC. COTA ÚNICA *****

VENC. / COTAS 1*****

FAIXA / PVA ISENTO (+ DE 10 ANOS)

PARCELAMENTO / COTAS

2*****

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0

IDF (R\$) R\$0

PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$0

DATA DE PAGAMENTO 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. 30 DIAS

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR

Antonio Francisco Deserra Marques

DETRAN-RR

DATA 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161156225 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

VIA 01 187.682.291-00 CPF / CNPJ

PLACA NAS6470

RENAVAM 00902383167

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2006

CAT. TARE

9C2JA04207R023396

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) R\$81.29

DETRAN (R\$) R\$9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

IDF (R\$) R\$0.7

COTA ÚNICA R\$185.5

X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO 09/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013161156225

VIA 01 CDD-RENAVAM 00902383167 RNTAC EXERCÍCIO 2018

JOAO TEODORO DOS SANTOS

187.682.291-00

PLACA NAS6470

PLACA ANT./UF 9C2JA04207R023396

PAR/MOTONETA/HAO PRETO COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/BIZ 125 ES

CAP./POT./CIL 29/0124CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA *ISENTO*

VENC. COTA ÚNICA *****

VENC. COTAS 1*****

FAIXA/PVA ISENTO (+ DE 10 ANOS)

PARCELAMENTO COTAS 2*****

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$0.7

DATA DE PAGAMENTO 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. 3º E 4º AMZ

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR

Antonio Francisco Bezerra Marques

Diretor Presidente

DATA 09/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161156225 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 187.682.291-00 CDD-RENAVAM 00902383167 RNTAC EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

PLACA NAS6470 PLACA ANT./UF 9C2JA04207R023396

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 COTA ÚNICA X PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do acidente: 15/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA E DESVIO LATERAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 05 MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JUNHO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

| | |
|--|--|
| Número do sinistro: | 3190453418 |
| Nome do(a) Examinado(a): | JOAO TEODORO DOS SANTOS |
| Endereço do(a) Examinado(a): | RUA ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO 1338 PINTOLÂNDIA |
| Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: | 187.682.291-00 |
| Data e local do acidente: | 15/01/2019 BOA VISTA RR |
| Data e local do exame: | BOA VISTA/RR, 08/08/2019 |

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MIE: FRATURA DO TORNOZELO E- MALÉOLO BILATERAL

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 05 MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JUNHO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: PSEUDOARTROSE ACENTUADA + AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA + DESVIO LATERAL DO MIE

IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MIE: PSEUDOARTROSE ACENTUADA + AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA + DESVIO LATERAL DO MIE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do acidente: 15/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA DE PANTURRILHA E DESVIO LATERAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 05 MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JUNHO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO,
TRAUMA CORTO-CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 42 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER
MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS
DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um
tornozelo | 25 % | Complemento por
reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432146 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (PÁG 42).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432146 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MEDICO ACOSTADO DR. MARCUS BRUNNER CRM RR 1917 SOLICITO ENCAMINHAR EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE, CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA. SEM RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO COM CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL. SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM A ORTOPEDIA E EXAMES DE IMAGEM (RADIOGRAFIAS E/OU TOMOGRAFIAS DA INTERNAÇÃO E DO CONTROLE PÓS-CIRÚRGICO) COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM TRATAMENTO

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190453418 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO,
TRAUMA CORTO-CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 42 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER
MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS
DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS
COMPROVADOS | Percentual da Perda
(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento
da Perda (art 3º
§ 1º da Lei
6.194/74) | % Apurado | Indenização
pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um
tornozelo | 25 % | Complemento por
reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: João Teodoro dos Santos
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: Mecânico
RG: 140.653 SSP/RR CPF: 107.682.291-00 ENDEREÇO: RUA/AV, R. Rosa de Oliveira de Araújo, Nº 1338
BAIRRO: Pintolandia CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP: 69.216.730

VÍTIMA: João Teodoro dos Santos
CPF: 107.682.291-00 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ACUSADA
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 8 de Julho de 2019.

João Teodoro dos Santos
Assinatura



Reconhecimento por autenticidade.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: MECANICO
RG: 140.653 SSP/RR CPF: 187.682.291-00 ENDEREÇO: RUA/AV, R. ROSA DE OLIVEIRA DE ARAUJO, Nº 1338
BAIRRO: PITOLANDIA CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP: 69.216.730

VÍTIMA: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
CPF: 187.682.291-00 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: RECEBECA
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

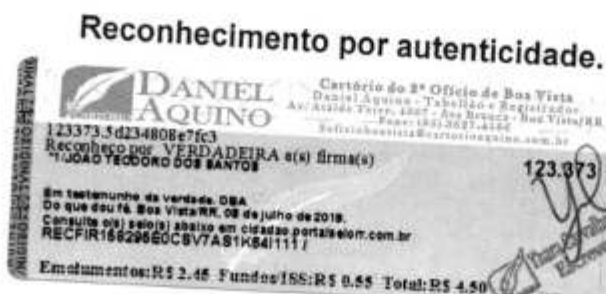
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 8 de Julho de 2019.

João Teodoro dos Santos
Assinatura



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258190/19

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF: 187.682.291-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO TEODORO DOS SANTOS : 187.682.291-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/07/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241313/19

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF: 187.682.291-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO TEODORO DOS SANTOS : 187.682.291-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258190/19

Número do Sinistro: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF: 187.682.291-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOAO TEODORO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOAO TEODORO DOS SANTOS : 187.682.291-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/08/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432146

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432146

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14596268



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190453418

Vítima: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO TEODORO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOAO TEODORO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 3905

Conta: 000006373-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 187.682-291-00 4 - Nome completo da vítima: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOÃO TEODORO DOS SANTOS
6 - CPF: 187.682-291-00
7 - Profissão: MECANICO
8 - Endereço: R. ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO
9 - Número: 1338
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PINTOLANDIA
12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.316-730
15 - E-mail: monato.silva-638@gmail.com
16 - Tel. (DDD): 99/144021
17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3905 CONTA: 0006373
AGÊNCIA: CONTA:
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 23/07/19
* JOÃO TEODORO DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) FPS.001 V002/2019 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - RR

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190453418 3 - CPF da vítima: 187682291-00 4 - Nome completo da vítima: JOÃO TEODORO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOÃO TEODORO DOS SANTOS 6 - CPF: 187682291-00

7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: R. ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO 9 - Número: 1338 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: PINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316730

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905 (Informar o dígito se existir) CONTA: 0006373 (Informar o dígito se existir) 8

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, BOA VISTA - 02-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) JOÃO TEODORO DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Raimundo Nonato Silva

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 AGO 2019
SEGURADORA SIA
SIA - Brasília, 404 - Boa Vista - RR